

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 décembre 1895, à 1 heure

Par L. NOBLET

Né à Jessains (Aube), le 16 mars 1842.

LE MÉNINGISME

SYNDROME DE E. DUPRÉ

Président : M. BROUARDEL, professeur.

*Juges : MM. } LABOULBÈNE, professeur.
 } MARIE, ACHARD, agrégés.*

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites
sur les divers parties de l'enseignement médical*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine 15

1895

80

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 décembre 1895, à 1 heure

Par L. NOBLET

Né à Jessains (Aube), le 16 mars 1842.

LE MÉNINGISME

SYNDROME DE E. DUPRÉ

Président : M. BROUARDEL, professeur.

*Juges : MM. | LABOULBÈNE, professeur.
| MARIE, ACHARD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.
Professeurs honoraires.	
MM. SAPPEY, PAJOT.	
Agrégés en exercice.	

MM.	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ACHARD	GILBERT	MÉNÉCIER	THIERRY
ALBARRAN	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
ANDRE	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BAR	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BONNAIRE	HARTMANN	travaux anatomi-	WAETHER
BROCA	HEIM	ques.	WEISS
CHANTEMESSE	LEJARS	RETTERER	WIDAL
CHARRIN	LETULLE	RICARD	WURTZ
CHASSEVANT	MARFAN	ROGER	
DELBET			

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUARDEL

Doyen de la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine
Professeur de médecine légale
Commandeur de la Légion d'honneur



DU MÉNINGISME

(*SYNDROME DE E. DUPRÉ*)

INTRODUCTION

Condillac a dit avec raison que « toute science n'est qu'une langue bien faite ».

Sans nous livrer à toutes les considérations philosophiques que suscite cette pensée profonde, il est de fait que la caractéristique de l'esprit scientifique est de substituer aux expressions vagues et concrètes du langage habituel une idée abstraite précise, obtenue en dernière analyse se résumant tout entière dans un seul mot.

Toute tentative dans ce sens, lorsqu'il s'agit de médecine surtout, où l'analyse précise des faits ne saurait être poussée trop loin, mérite donc d'être retenue.

Au dernier congrès de médecine tenu à Lyon, M. E. Dupré a, croyons-nous avec raison, proposé de réunir sous l'heureuse expression de « méningisme » tous les cas, nombreux déjà, de symptômes méningitiques sans méningite.

Sans doute, il existe dans la science, toute une série de faits intéressants de ce qu'on appelle des pseudo-méningites. Mais ce mot de pseudo-méningite n'éveille entre les différents cas l'idée d'aucune connexion, d'aucun lieu commun. Négatif en quelque sorte, il se trouve avantageusement remplacé par le néologisme de E. Dupré qui établit nettement entre la méningite et le méningisme, « entre la maladie toxique et la maladie septique (1) » la même opposition qu'entre la péritonite et le péritonisme de Gubler.

Ce n'est pas là une vaine question de mots. Rien ne nous permet de connaître directement l'état des méninges. Nous n'avons pas ici, comme pour les autres séreuses, la plèvre par exemple, la possibilité de juger, sans intermédiaire, des altérations phlegmasiques de cet organe; ce n'est que d'une façon indirecte, par les réactions de l'écorce cérébrale, que nous pouvons conclure à une lésion des méninges.

« La symptomatologie des méningites, comme le dit si justement M. Dupré, a pour trait caractéristique, qu'elle emprunte à la souffrance des organes sous-jacents tous les éléments de son expression. »

1. Claisse, *Presse médic.*, 6 janvier 1894.

Tout ce complexe symptomatique que nous montre l'histoire clinique des méningites n'a donc en soi rien de pathognomonique, et il est alors facile de comprendre qu'il puisse se trouver réalisé en dehors de toute affection méningée lorsqu'une cause quelconque vient éveiller la susceptibilité, parfois si exquise, des couches corticales.

Les exemples ne sont pas rares de méningites ayant évolué sans symptômes.

Il n'est pas de clinicien qui ne sache combien parfois le diagnostic des méningites est délicat.

Dans le *Bulletin de la Société anatomique* de 1873, le professeur Landouzy rapporte l'autopsie d'un enfant de 8 ans où des lésions tuberculeuses manifestes furent trouvées sur toute la convexité du cerveau, alors que pendant la vie l'enfant n'avait jamais présenté aucun des symptômes habituels aux méningites et qu'il mourut sans avoir jamais eu de délire, ni eu aucun trouble pupillaire, ni aucune altération du pouls.

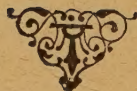
Le professeur Brouardel a rencontré de nombreux cas de méningites « latentes », et tous ces faits constituent pour nous un précieux enseignement.

Mais à côté de ces faits connus, il en est de non moins bien établis où en dehors de toute inflammation directe, la susceptibilité plus développée et moins tolérante des couches corticales sous-méningées peut se trouver éveillée sous l'influence de causes diverses.

1. Dupré. *Le méningisme* Conc. de Médec. Lyon, 1894.

C'est à cette catégorie de faits, à ces pseudo-méningites déjà signalées par Bouchut, que M. Dupré réserve le nom de méningisme, terme qui a l'avantage « d'isoler la lésion du symptôme » et qui devient ainsi synonyme de syndrome méningé.

Ayant eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas semblables, nous avons pensé qu'il serait peut-être de quelque utilité de réunir ici tous les faits observés, afin d'essayer d'en tirer une formule générale et d'en établir les conclusions pratiques au point de vue clinique et thérapeutique.





CHAPITRE PREMIER

Avant d'entrer plus loin dans l'histoire du méningisme, il n'est peut-être pas sans intérêt de citer quelques observations qui établissent nettement la réalité anatomique et bactériologique du méningisme.

A cet égard, les faits de Hutinel, de Belfanti, d'Auscher et de Bergé sont tout particulièrement intéressants.

OBSERVATION I

Pseudo-méningite dans la pneumonie, par André Beyé (Bull. de la Soc. Anatom. Avril 1893).

Alphonsine P..., âgée de 4 ans 1/2, entre le 18 mai 1891, à l'infirmerie de l'hospice des Enfants-Asistés.

Cette enfant, envoyée en dépôt à l'hospice, offre une plaie de trachéotomie récente, presque entièrement cicatrisée. Aucun renseignement sur ses antécédents.

29 mai. — Alp. P., est prise brusquement d'une fièvre vive : 40°,5 le soir. Elle a une amygdalite légère et un érythème peu prononcé sur le tronc.

Les jours suivants (30-31 mai, 1^{er} juin) la température très élevée oscille entre 40°,2 et 41°.

Le 2. — T. m. 40°,4 ; s. 40°,1. Alp. P... est très abattue, a la langue sèche, pas de dyspnée. Un peu de toux. Rien à l'auscultation des poumons et du cœur. L'érythème a disparu sans desquamation : la gorge est normale. Urine colorée, albumineuse.

Le 3. — T. m. 39°,3 ; s. 39°,9. L'enfant est dans un état à peu près comateux, les paupières closes, les yeux convulsés en haut, avec, par moments, un certain degré de raideur des membres. Elle pousse de temps en temps des cris aigus. Raideur de la nuque. Constipation. Ventre rétracté. Urine albumineuse. Pas de vomissements.

Du 3 au 7. — La température qui s'est abaissée, oscille entre 38 et 39°. Les symptômes restent à peu près les mêmes et sont, sauf l'absence de vomissements, les signes communs de la méningite tuberculeuse : état subcomateux, raideur de la nuque, yeux convulsés, cris aigus, ventre rétracté en bateau, constipation, amaigrissement prononcé ; yeux cernés, excavés. Pâleur. Le 8 juin, jour de la mort, la température, qui était la veille à 38°, subit un relèvement final qui atteint 41°. Les symptômes pulmonaires sont insignifiants : toux légère, pas de dyspnée manifeste.

Autopsie. — Pratiquée le 10 juin au matin.

Méninges. — Absolument normales : pas de granulations ; pas de traînées purulentes le long des vaisseaux ; aucune altération appréciable. Liquide céphalo-rachidien, peu abondant, clair, transparent. Encéphale sans altération, la surface interne des ventricules offre son « poli » normal. Somme toute ; aucune trace de méningite tuberculeuse ou autre.

Poumons. — Le sommet du poumon droit est hépatisé en mas-

se : hépatisation rouge dans sa plus grande étendue, grise en avant. Le lobe inférieur gauche renferme aussi un noyau d'hépatisation, grise assez volumineux. Il y a du pus dans la trachée et les bronches. Les ganglions juxta-trachéaux sont tuméfiés, de couleur rouge foncé.

Pas de ganglions caséeux, pas de noyaux tuberculeux dans les poumons.

Cœur. — Rien.

Foie. — Congestionné.

Reins. — Congestionnés. Rate, volumineuse.

Examen bactériologique. — Du liquide céphalo-rachidien ensemençé 14 heures après la mort sur trois tubes de gélose et quatre tubes de gélatine n'a donné aucune culture.

OBSERVATION II

Paul Claisse, Pseudoméningite au cours d'une broncho-pneumonie. *Presse Médicale*, 6 janvier 1894.

Un enfant de 3 ans 1/2 entre le 20 juin 1892 à l'infirmerie de l'hospice des Enfants-Assistés. Depuis quelques jours, il toussait un peu ; la veille, il a eu un léger état fébrile.

On trouve à l'auscultation un foyer broncho-pneumonique de la base gauche.

Température, 39°,4 ; 39°,8.

21 juin. — La lésion pulmonaire s'est étendue. Bon état général.

Température, 39°,2 ; 40°.

22 juin. — L'enfant a vomi à plusieurs reprises. Depuis la veille au soir, il a poussé de fréquents gémissements et a eu plu-

sieurs convulsions ; on note une photophobie très manifeste. La constipation est absolue depuis le début de la maladie.

Il existe un second foyer broncho-pneumonique dans la partie moyenne du poumon droit. Le pouls est rapide et régulier.

Température 39°,2 ; 39°,8.

23 juin. — Les convulsions se sont reproduites.

Il existe un strabisme convergent très net. L'enfant a les poings fermés en pronation forcée. Les mâchoires sont serrées ; la nuque est raide. On produit facilement la raie méningitique.

Température, 39°,4 ; 40°,2.

24 juin. — Etat stationnaire. Les pupilles sont resserrées ; ce myosis est inégal, plus prononcé à droite.

Température 38°,6 ; 39°,8.

25 juin. — Les muscles raidis se sont détendus. L'enfant reste inerte, respire irrégulièrement.

Le pouls, toujours très rapide, est devenu irrégulier.

26 juin. — Etat comateux. L'enfant meurt dans l'après-midi.

Autopsie, poumons. — On constate la présence de deux foyers hépatisés, l'un à la base gauche, l'autre dans le lobe moyen du poumon droit.

Méninges. — A part une hyperhémie modérée, les méninges sont normales et ne présentent pas de lésions inflammatoires. Le liquide céphalo-rachidien est en assez grande abondance mais parfaitement limpide.

Examen bactériologique, poumons. — L'examen bactériologique, dans le détail duquel il est inutile d'entrer ici, montre qu'il s'agit d'une broncho-pneumonie à pneumocoques.

Méninges. — Un peu de liquide céphalo-rachidien, recueilli dans une pipette stérile, est soumis à une triple vérification.

A. — Examen sur lamelles.

B. — Ensemencement en bouillon, sur agar et sur gélatine

G. — Inoculation à une souris blanche.

Sur les lamelles colorées par divers réactifs, on ne trouve pas de bactéries. Les milieux de culture restent stériles. La souris ne meurt pas. Le liquide examiné est donc aseptique.





CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

La notion de l'hérédité neuro-pathologique domine aujourd'hui l'histoire des affections nerveuses. Des faits nombreux ont établi la réalité de cette grande cause « la cause des causes » comme l'appelait Trélat, et dans l'histoire des pseudo-méningites, plus encore que dans les méningites vraies nous retrouvons l'énorme influence de l'hérédité « cette grande force qui gouverne le monde ». Sans doute il est probable que la localisation du processus tuberculeux dans les méninges est le plus souvent commandée par une sensibilité toute particulière des centres nerveux; mais combien plus évidente apparaît la susceptibilité des centres corticaux, alors qu'il n'existe aucune lésion de ces centres et que les phénomènes observés dépendent de trou-

bles purement dynamiques apportés aux fonctions des régions corticales du cerveau.

L'excessive impressionnabilité des couches corticales et des nerfs qui en partent, telle est donc en réalité la véritable cause du méningisme.

Les autres causes, qui prédisposent secondairement au développement du méningisme, ne sont guère que la conséquence de l'hérédité névropathique.

C'est ainsi que l'influence du sexe est manifeste, et le méningisme s'observe surtout chez les jeunes femmes.

L'âge également joue un rôle important dans l'apparition de ce syndrome. Chez les jeunes enfants, la pseudo-méningite est fréquente, et il est prudent d'être mis en garde contre les causes d'erreur auxquelles la présence du méningisme peut donner lieu. Au reste, dit E. Dupré « la fréquence du syndrome dans l'enfance s'explique par l'intensité des processus nutritifs dont l'écorce cérébrale est le siège à un âge où le développement des circonvolutions acquiert son maximum d'activité ».

Chez l'adulte et le vieillard le méningisme est rare. On peut l'observer quelquefois, mais, le plus souvent alors, on sera en présence du méningisme urémique sur lequel nous aurons à revenir plus loin.

On peut ramener à trois les causes provocatrices du méningisme ; tantôt elles reconnaissent une origine réflexe, tantôt elles sont d'ordre infectieux ou toxique.

Parmi les *causes réflexes*, l'*helminthiase intestinale* joue un rôle important. Les phénomènes nerveux sont fréquents dans l'helminthiase. Des observations de Lebon et de Devaux établissent nettement la réalité de cause à effet entre certains accidents nerveux simulant la méningite et la présence d'oxyures.

Bouchut déjà, en 1868, rapportait un cas semblable. Une petite fille de 3 ans, dans son service, présentait, pendant huit jours, des vomissements, de l'anorexie, de la somnolence, des garde-robes rares, un pouls un peu inégal et irrégulier. Tout à coup, elle vomit plusieurs lombrics et se rétablit promptement.

Il cite un autre cas intéressant. Il s'agit d'une petite fille de 4 ans qui mourut après avoir présenté des troubles nerveux simulant la méningite, que l'expulsion spontanée d'un lombric par la bouche pouvait faire rapporter à l'helminthiase.

La *dentition* est souvent pour les enfants une cause occasionnelle ou déterminante de la manifestation de telle ou telle prédisposition morbide. Les accidents de la dentition peuvent parfois atteindre une intensité incroyable, et il existe un certain nombre de faits de pseudo-méningites dentaires.

La constipation opiniâtre enfin mérite d'être rangée parmi les causes réflexes susceptibles de provoquer le méningisme.

Si maintenant, nous essayons de nous rendre compte des conditions pathogéniques du méningisme dans ces différents cas, nous pouvons, avec Devaux, les

expliquer de la façon suivante : les filets nerveux du pneumo-gastrique, irrités par les parasites transmettent cette irritation aux centres nerveux et ceux-ci réagissent par la production de troubles dynamiqués aboutissant à une véritable névrose d'origine réflexe. Pour les accidents de la dentition, nous pouvons invoquer un réflexe semblable dû à l'excitation transmise aux centres nerveux par les nerfs dentaires.

Les *causés infectieuses* susceptibles de déterminer l'éclosion du méningisme sont également nombreuses.

La plupart des grandes infections microbiennes peuvent, en effet, s'accompagner de phénomènes méningitiques plus ou moins marqués, sans qu'il y ait de lésion des centres nerveux. Les observations de Claisse et de Bergé, que nous avons déjà citées, sont concluantes à cet égard. Dans les deux cas l'enfant mourut après avoir présenté des symptômes manifestes de méningite, et, à l'autopsie, non seulement les méninges furent trouvées intactes, mais l'examen bactériologique de ces organes resta négatif, seul le poumon fut trouvé hépatisé.

La *pneumonie lobaire* détermine donc fréquemment l'apparition du méningisme. L'importance que prennent les symptômes nerveux dans la pneumonie du sommet des alcooliques constitue en quelque sorte la première étape vers le méningisme.

A côté des méningites vraies à pneumocoques, il est des cas de pneumonie où les symptômes thora-

ciques sont atténués et où, au contraire, les symptômes méningitiques sont assez accentués pour faire errer le diagnostic.

M. Hutinel cite deux cas typiques. Dans l'un, il s'agit d'une véritable méningite à pneumocoques, mais le même jour entra dans son service une fillette, avec céphalalgie intense, photophobie, inégalité pupillaire, vomissements, raideur du cou. L'erreur était possible, aussi fut-elle faite par la plupart des élèves. Mais le lendemain des vésicules d'herpès étaient apparues sur la figure en même temps que des signes thoraciques traduisaient l'hépatisation du sommet qui permirent d'établir le diagnostic de pneumonie.

Les accidents nerveux de la *fièvre typhoïde* sont nombreux et variés. Ils impriment souvent à l'affection une marche spéciale. Capables de simuler la méningite, la pathogénie des troubles cérébraux dans la fièvre typhoïde est encore discutée. Le résultat des autopsies est variable, mais le plus souvent il n'existe pas de lésions des méninges et, dans ce cas il faut reconnaître que l'on a affaire à du méningisme.

Plus fréquemment encore que la fièvre typhoïde la *grippe* s'accompagne de symptômes méningés assez nettement caractérisés pour que l'on puisse affirmer le diagnostic de méningite.

Plusieurs faits semblables ont été signalés, et, en particulier par M. Sevestre (1). Parfois on peut ainsi

1. Soc. méd. des hôpitaux, 26 mars 1890.

observer de véritables épidémies de pseudo-méningites comme on l'a vu en 1889-90. Citons encore les observations de Legendre (1), de Comby (2), Huchard (3), Gaucher (4) et de Brun (5).

Dans sa thèse, Vigne (6) nous semble avoir eu affaire à un certain nombre de cas semblables. Il donne en effet quatre observations dans lesquelles l'apparition de la grippe fut suivie au bout de peu de temps de symptômes méningitiques. La guérison eut lieu en peu de jours; mais, la lecture de ses observations, que nous donnons plus bas, nous autorise à penser qu'on se trouve ici bien plutôt en présence de méningisme que de méningite vraie.

Le *rhumatisme articulaire aigu* s'accompagne parfois de troubles nerveux simulant la méningite.

Le *paludisme* dans une observation de J. Simon peut être incriminé dans l'éclosion du méningisme.

Il nous reste enfin à signaler les *causes toxiques*. Les poisons de l'urémie peuvent donner lieu à des symptômes méningitiques. M. Lancereaux a bien étudié ces symptômes.

L'*alcool* joue un rôle important dans la production du méningisme, bien que toutefois les acci-

1. *Revue prat. d'obs. et d'Hys.*

2. *Soc. méd. hôp.* 7 février 1890. •

3. *Soc. méd. hôp.* 14 mars 1890.

4. *Rev. gén. clin. et ther.* 2 janv. 1890.

5. *Médecine moderne*, 30 novembre 1890.

6. *Sur une épidémie de méningo-typhus*. Th. Paris, 1895.

dents précis du *delirium tremens* ne prêtent que dans une certaine mesure à confusion.

Enfin, parmi les autres poisons susceptibles de provoquer des phénomènes méningitiques nous pouvons citer les intoxications diverses par *l'opium*, *la belladone*, *la santoline*.

Toutefois, au-dessus de toutes ces causes apparaît l'énorme influence de l'hérédité cérébrale, et, ainsi que le fait si justement remarquer E. Dupré, l'observation de Gubler se rapporte en tous points au *ménigisme*: « Le développement du *péritonisme* tient à une impressionnabilité excessive, ainsi qu'à des réactions exagérées du système nerveux trisplanchnique chez des races particulières et des individus prédisposés ».

Quelle est donc cette hérédité pathologique et en quoi consiste ce terrain morbide qui prédispose au *ménigisme* ?

Or, c'est ici qu'il faut accuser la grande *névrose simulatrice*, l'hystérie.

Il y a longtemps que l'on sait que l'hystérie peut se présenter sous les formes les plus diverses. Les observations de Charcot, de Souques, de Pitres, de Bardol, de Chantemesse et autres ont montré jusqu'à l'évidence que la grande *névrose* est aussi la grande *simulatrice*. Il n'est pas d'affection cérébrale que ne puisse simuler l'hystérie, réalisant tour à tour le groupement des lésions en foyer ou des lésions multiples disséminées. « Il faudra compter, dit Charcot, avec l'hystérie. Nous, en particulier qui

par profession, sommes voué à cultiver spécialement le champ neuro-pathologique; nous ne devons jamais oublier que les types les plus divers d'affections organiques spinales avec lesquels nous sommes familiarisé pourront à chaque instant dans l'hystérie rencontrer un pendant, un représentant, un sosie, pour mieux dire, qu'il nous faudra démasquer ».

En ce qui concerne le méningisme, l'hystérie peut en être considérée comme la cause primordiale.

L'histoire des pseudo-méningites d'origine hystérique ne remonte pas encore à très longtemps. Mais il existe toutefois à cet égard un certain nombre d'observations qui ont mis en évidence la réalité du méningisme hystérique.

La première observation remonte déjà à plusieurs années : elle est due au professeur Arnozan de Bordeaux.

OBSERVATION III (Résumée).

Arnozan. *Gaz. méd.*, Bordeaux, 1873.

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans tombée brusquement dans le coma après quelques jours de prodromes (vomissements, constipation).

Au bout de trois jours légère amélioration, puis le soir réapparition des symptômes.

Température. 37°, 8.

Cris hydrencéphaliques.

Pouls filiforme. Inspirations courtes et nombreuses. Vomisse-

ments, rétraction du ventre. Insensibilité et résolution complètes.

Après quelques jours, pendant lesquels sa maladie se poursuit très irrégulièrement (phénomènes de dépression, vomissements, somnolence, coma), la malade part brusquement du coma comme d'un sommeil naturel. Elle se plaint seulement d'une douleur violente, mais elle voit, entend, parle.

Température 37°. Pouls 81 à 112.

L'appétit renaît, la rétraction du ventre cesse.

Tout danger disparaît et la guérison survient.

Depuis, plusieurs observations ont été publiées par Boissard, Tuja et autres.

Mais l'on crut d'abord que ces pseudo-méningites hystériques étaient propres aux adultes. En effet, bien que Briquet, dans son traité célèbre de l'hystérie, affirme la fréquence de la grande névrose chez les enfants, l'hystérie chez les enfants a longtemps été méconnue.

Le professeur Charcot, et ses élèves, les observations de Bourneville, de Legrand du Saule, de Chantemesse en France, celles de Schmitt, de Seeligmuller, de Jacobi en Allemagne, ont démontré que l'enfance, n'est nullement, comme on le croyait, indemne de l'hystérie.

Clopatt en 1888 réunissait 272 cas d'hystérie infantile. Le système se présente ici sous des formes insidieuses et bizarres et bien propres à induire en erreur, si l'on ne tient pas suffisamment compte du caractère fugace de beaucoup des symptômes de la maladie.

La recherche des stigmates hystériques aura donc

une importance capitale en présence des différentes manifestations cérébrales que présente l'enfance. Ainsi que le dit M. E. Dupré : « Doivent être rattachés à l'hystérie tous les cas de méningisme dans lesquels le syndrome porte en lui le cachet de la névrose (allure générale de l'affection, hyperesthésie du cuir chevelu, inversion des phosphates urinaires, intégrité relative de l'état général), et ceux où le malade a offert, offre ou offrira les stigmates hystériques. »

L'hystérie en effet qui stimule la méningite n'est pas en général, suivant l'expression du professeur Fabre « une hystérie à son coup d'essai. »

Toutefois une attaque de méningisme peut être la première manifestation de la névrose.

L'observation de M. A. Ollivier, présentée le 19 septembre au congrès de Marseille, est particulièrement intéressante à cet égard, la voici résumée :

OBSERVATION II

Syndrôme hystérique simulant sa méningite tuberculeuse (Ollivier Congrès de Marseille pour l'avancement des Sciences 19 septembre 1891).

Fillette de 6 ans, souffrante, me dit-on, depuis 8 jours. Antécédents héréditaires suspects, au point de vue de la tuberculose. Elle se plaignait surtout de maux de tête et de constipation.

Etat actuel. — Elle est somnolente et répond d'un air maussade aux questions qu'on lui adresse ; très vive, impatientée, elle enfonce sa tête dans l'oreiller et nous tourne le dos. Le lendemain elle présente le décubitus en chien de fusil, puis les jours suivants

nous constatons de la photophobie, de l'hypéresthésie cutanée, du pincement de dents, du machonnement, le ventre en bateau. Raie méningitique manifeste. Pouls lent; irrégulier; mydriase; nystagmus; la petite malade pousse des gémissements et des cris; elle a des mouvements convulsifs des membres, un délire surtout nocturne et enfin dans le coma.

Pour que le tableau clinique fut complet il ne manquait que les paralysies. Ces diverses péripéties s'étaient produites en une douzaine de jours; il y avait donc lieu de supposer que la terminaison était prochaine et que l'enfant ne sortirait pas du coma.

On fit des applications de glace sur la tête, des frictions mercurielles, des injections d'ergotine. On mit des vésicatoires sur la nuque et on donna des purgatifs répétés d'iode à doses élevées. L'état général s'améliora graduellement et au bout de six semaines l'enfant fut partie à la campagne.

J'avais toujours considéré ce cas comme un exemple indiscutable de méningite tuberculeuse guérie lorsque cette jeune fille que je n'avais pas encore revue depuis 7 ans me fut ramenée par sa mère au mois de juin dernier. A cette époque je constatai ce qui suit : la menstruation n'est pas encore établie, le tempérament nerveux qui a toujours existé s'est manifesté de plus en plus avec l'âge : rires et pleurs faciles, terreurs nocturnes, névralgies intercostales. Le réflexe pharyngien est aboli. Malgré les lacunes de cet ensemble symptomatique je crois pouvoir affirmer que c'est une hystérique. Nous sommes donc nécessairement amenés à nous demander si la maladie de 1884 était bien une phlegmasie tuberculeuse vraie des enveloppes encéphaliques et si ce n'était point plutôt une manifestation hystérique à forme méningitique.

Les causes qui peuvent chez un malade ayant présenté antérieurement des stigmates hystériques, provoquer l'éclosion du méningisme, sont les agents

provocateurs habituels de la grande névrose dont la liste si bien étudiée par M. Guinon est aujourd'hui tellement longue qu'il serait impossible de la résumer toute entière.

Au premier rang les émotions morales jouent un rôle important. A cet égard, on peut rappeler l'importance de la suggestion et l'on a vu des cas de méningisme éclater chez les enfants à la suite de la simple relation faite en présence de ces enfants d'une méningite vraie. C'est ici l'imagination qui est la cause psychique, l'idée prépare la névrose psychique. L'impression faite par le récit agit en quelque sorte par inhibition sur les centres nerveux qui réalisent alors de toutes pièces les symptômes relatés. Parmi les observations que nous donnons plus loin, il en est une, celle de Reynaud, où l'apparition du méningisme survient après une peur.

Les intoxications diverses peuvent déterminer chez un hystérique le développement de la névrose. L'influence du plomb dans la production de la névrose a été démontrée par des observations de Charcot en 1886. MM. Potain, Debove, ont montré l'influence de l'alcool. Une observation de M. Letulle se rapporte à l'action de l'intoxication mercurielle.

Les *fièvres éruptives* au début ou au déclin peuvent également susciter l'apparition du méningisme. Une observation de Huchard donnée dans le *Traité des névroses* d'Axenfeld, 1883, nous montre l'appari-

1. *Le agents provocateurs de l'Hystérie*. Thèse de Doctorat, Paris.

tion du méningisme chez une hystérique au cours d'une fièvre continue légère.

OBSERVATION III

Accidents pseudo-méningitiques au cours d'une fièvre continue bénigne chez une hystérique. Huchard (*Traité des Névroses*, 1883). Résumée.

Une jeune fille de 16 ans entre à l'hôpital pour une fièvre typhoïde légère. Dès le second jour, on constate sur toute la surface cutanée une hyperesthésie telle qu'on ne pouvait toucher la peau sans douleurs.

Raie méningitique.

Dès le second jour ces accidents d'apparence grave contrastaient simplement avec la bénignité de la maladie avec le peu d'élévation de la température, avec l'absence de contracture de raideur de cou et de douleur de tête. La fièvre typhoïde évoluait régulièrement, diarrhée modérée, ventre peu météorisé. Stupeur peu appréciable.

Je pensais alors que l'hystériorité jouait un grand rôle dans cet état et que le pronostic avait seulement l'apparence de la parité.

Pendant la convalescence l'hyperesthésie fit place à de l'hémianesthésie à gauche et ovaralgie gauche.

Une observation de Macé se rapporte à un cas de méningisme hystérique, développé à la suite d'une vaginite blennorrhagique.

Dans la thèse de Répéré en 1883 nous trouvons plusieurs exemples de rhumatisme cérébral à forme

pseudo-méningitique chez des individus ayant présenté auparavant des stigmates hystériques.

Dans les observations que nous donnons plus loin on trouvera souvent, comme causes déterminantes, une affection légère comme début.





CHAPITRE III

FORMES CLINIQUES.

Des observations que nous venons de voir, il résulte que l'hystérie est la grande cause du méningisme. Toutefois le méningisme peut reconnaître une étiologie différente. Nous aurons donc au point de vue clinique autant de formes spéciales que nous croyons utile de passer en revue.

1° *Méningisme vermineux.*

L'helminthiase, avons-nous dit, est une cause fréquente de méningisme.

On sait en effet que la présence du *taenia* détermine souvent des accidents cérébraux.

Chez ces enfants, on observe de la dilatation pupillaire, des bourdonnements d'oreille, parfois des convulsions. Une toux sèche peut quelquefois induire en erreur et faire penser à un début de tuberculose, d'autant qu'il n'est pas rare que l'enfant a maigri depuis un certain temps et éprouve parfois de l'oppression.

Les vomissements ne sont pas rares, l'enfant perd rarement toutefois d'une façon absolue son intelligence.

Le Dr Lebon dans le *Journal des Connaissances méd.*, de 1863, rapporte plusieurs cas intéressants.

OBSERVATION IV

Donnée par Dr Lebon. *Journal des Connaiss., méd.*, 1863.

A peine sorti des bancs de l'école, j'étais appelé près d'un jeune enfant offrant tous les symptômes d'une méningite tuberculeuse.

L'état du malade reste stationnaire, après quinze jours de traitement M. Champouillon, aide-major au 55^e de ligne, fut appelé en consultations. Comme moi, il reconnut une méningite.

Un mois de traitement laissa la malade dans la même position J'administrai enfin, mais sans y avoir confiance, le calomel, que j'avais vu si souvent prescrire sans succès, dans les mêmes circonstances à l'hôpital des Enfants. Je l'administrai que pour n'avoir pas à me reprocher mon inaction, en présence d'accidents aussi graves, et quelques jours après l'enfant était complètement remis. Dans l'espace de quelques mois j'observai trois cas analogues. Je me croyais déjà en possession d'un spécifique de la mé-

ningite ; une seule chose m'empêchait encore d'être pleinement satisfait : je me demandais pourquoi le calomel échouait à Paris contre les méningites et réussissait à Besançon, lorsqu'un jour, je fus appelé en toute hâte près d'une malade, qui, disait-on, mourait des vers. Imbu des idées professées dans les ouvrages classiques, où j'avais lu « On a beaucoup exagéré les effets que peuvent produire les vers renfermés dans les organes digestifs, en général il n'existe aucun trouble appréciable, et si dans quelques cas rares leur présence produit quelques désordre, ceux-ci n'ont rien de caractéristique. Je différerai de quelques heures, une visite que je ne croyais pas urgente, ayant le matin même vu cet enfant de dix ans jouer dans la chambre de son père, que je soignais alors.

Mais quel ne fut pas mon étonnement, en arrivant, de trouver le malade froid, les membres contractés, couverts d'une sueur glaciale, les yeux fixes et hagards, les dents serrées, la tête pendante du côté droit, le lit rempli d'une bile noirâtre, épaisse, filante, s'échappant lentement, mais d'une manière continue de la bouche. Cinq minutes ne s'étaient pas écoulées, que l'enfant, desserrant ses mâchoires, expirait en rendant par la bouche un péloton gros comme le poing d'ascarides lombricoïdes.

Deux jours après, par une de ces coïncidences qui ne sont pas rares en médecine, j'étais mandé de nouveau, même rue, deux numéros plus bas, près d'une jeune fille de seize ans qui se mourait des vers. Je me rendis près de cette malade qui le matin se portait bien. Elle avait bien déjeuné, et lors de mon arrivée, une heure ne s'était pas écoulée depuis le commencement des accidents ; et cependant cette enfant était identiquement dans les mêmes conditions que le malade précédent. Convaincu qu'elle ne passerait pas la journée, j'ordonnai à tout hasard l'application de sinapismes, et je recommandai d'administrer un gramme de calomel dans un peu d'eau sucrée, dès qu'on pourrait la faire avaler. Le lendemain

n'ayant pas entendu parler de cette jeune fille, j'allais en tremblant lui faire ma visite.

Je craignais de me retrouver pour la seconde fois en présence d'un cadavre, lorsqu'en arrivant, je fus agréablement surpris, de retrouver cette enfant jouant avec des petites camarades devant sa porte. Voici ce qui s'était passé : 10 minutes après l'application de la moutarde, on avait pu lui faire prendre le calomel : cinq heures après, elle avait eu des selles et rendu trente trois lombrics.

Le doute n'était pas possible pour moi, on mourait bien d'affection vermineuse, et je comprenais l'incrédulité des médecins de Paris, en me rappelant que moi-même, je l'avais partagée en m'appuyant sur ce que pendant deux ans d'externat à l'hôpital des Enfants, je n'avais rencontré à l'autopsie que deux fois des vers dans les intestins, un seul ver dans un cas et trois dans l'autre.

Les observations dont je venais d'être témoin éveillèrent mon attention. Je me demandai alors si les méningites que j'avais cru guérir par le calomel, n'étaient pas le résultat de la présence des vers. Huit ans se sont écoulés depuis cette époque, pendant lesquels j'ai rencontré 35 méningites, dont 29 m'ont paru tenir à la présence des vers, toutes, sauf une ont guéri.

D'autres observations de méningisme vermineux ont été données. Nous citerons en particulier celles de Levaux et de Bézy.

OBSERVATION V

(Devaux, in *Progrès médical*, 12 novembre 1837, p. 415).

Il s'agit d'une petite fille de 3 ans n'ayant eu d'autre maladie qu'une rougeole légère ; dentition facile et complète ; pas de con-

vulsions antérieures. Assez grande pour son âge et assez forte, caractère doux et tranquille, conditions de soins et d'hygiène parfaites.

Une grande tante maternelle a succombé à la tuberculose pulmonaire et la mère six mois auparavant a présenté des symptômes de bronchite qui ont persisté deux mois et dont elle est parfaitement guérie.

Les autres proches parents jouissent d'une santé parfaite. Depuis un mois la petite malade avait éprouvé à plusieurs reprises des sensations de fatigue très passagères et quelques jours auparavant s'était réveillée en pleurant pendant la nuit contre son habitude. Pas de changement dans l'appétit; pas d'amaigrissement; pas de céphalalgie; aucune modification de caractère; enrhumée depuis 8 jours.

Le jour du début des accidents l'enfant était allée rejoindre son père à un rendez-vous de chasse; déjeuner en famille, retour dans une voiture fermée vers 6 heures du soir pendant une journée assez chaude. Aurait mangé et joué comme à l'ordinaire et sans excès, mais aurait éprouvé déjà une sensation de froid avec frissonnement pendant le repas et le retour. A 6 h. 1/2 promenade à pied pendant laquelle l'enfant éprouve à nouveau quelques légers frissons et une sensation de fatigue qui l'oblige à rentrer. A cinq heures une selle moulée, nausées, sans vomissements.

L'enfant est mise au lit et alors commencent les accidents nerveux: convulsions toniques plus marquées du côté gauche avec raideur de la nuque, et trismus, interrompues par quelques convulsions cloniques, mâchonnement, grincement des dents, déviation accompagnée de la face et des yeux à gauche, dilatation variable des pupilles, plus souvent contractées, égales, réagissant peu à la lumière, pas de strabisme. Périodes de révolution avec somnolence pendant lesquelles persiste le mâchonnement, les grincements de dents, les soubresauts des membres; puis retour

à l'état convulsif antérieur sans alternance régulière des convulsions toniques, cloniques, et de la somnolence ; pas de paralysie.

Pouls irrégulier, inégal, variant d'un moment à l'autre, de rythme, de force et de fréquence, 140 pulsations environ à la minute ; température 38°, 7. Respiration très irrégulière présentant par moment le type Cheyne-Stockes.

Dès l'apparition des premiers accidents convulsifs il s'est manifesté une toux rythmique. L'enfant est couchée, les yeux fermés, les jambes et les cuisses en flexion, le ventre est déprimé ; des bouffées de chaleur montent à la figure.

Pendant les périodes de calme, l'enfant craint la lumière et le bruit, présente un faciès hostile, répond cependant aux questions quand on insiste, indique le creux épigastrique et la tête quand on lui demande si elle souffre, où elle a mal. A l'auscultation quelques sibilances à droite.

Traitement : Bromure de chloral ; cataplasmes sénapisés aux jambes.

Un peu plus de calme quelques heures après et pendant toute la nuit, malgré la persistance du mâchonnement, des pincements de dents, et le retour intermittent des convulsions toniques et cloniques.

Deuxième jour. Le lendemain matin à 6 heures calomel 0 gr. 80.

A 8 heures du matin même état que pendant la nuit, somnolence continuelle, quelques mouvements convulsifs dans les bras et dans les jambes, surtout à droite ; le globe oculaire est souvent porté en haut, tantôt agité latéralement : Pas de strabisme ; dilatation normale des pupilles qui réagissent normalement.

Toujours des mâchonnements et des grincements de dents, pas de paralysie, la sensibilité paraît partout normale, toux de bronchite à intervalles peu rapprochés.

Auscultation. — Sibilance à droite.

Aucun signe d'induration des sommets.

P. 120. T. 380.

Même état pendant la journée avec quelques moments d'aggravation du phénomène convulsif pendant lesquels se reproduit la toux rythmique qui s'est manifestée le premier jour. Entre 2 et 3 heures de l'après-midi trois selles renferment des quantités énormes d'oxyures, amélioration notable.

Lors de la visite du soir (6 h. 1/2) l'enfant est trouvée assise dans son lit, la face rosée, regardant des nuages, elle demande à manger.

Cessation de tous les phénomènes nerveux.

P. 96. T 370, 4.

L'enfant dort toute la nuit sans présenter aucun trouble morbide.

Troisième jour : Calomel 0,40. La journée et la nuit suivante sont tout à fait bonnes ; une selle liquide. L'enfant prend un œuf et du lait.

Quatrième jour : Alimentation modérée, l'enfant dort un peu au milieu d'une belle journée, pas de selle. Le soir, malaise, inappétence, fatigue ; la petite malade s'endort quelques heures et les accidents primitifs reprennent ; somnolence avec convulsions toniques légères dans le cou, la mâchoire, les membres. De temps en temps, un accès de convulsion clonique vient modifier la scène les yeux se retournent, se meuvent en tous sens ; puis vient un intervalle plus ou moins prolongé de résolution avec somnolence alors on peut appeler l'attention de la petite fille en lui parlant haut et lui arracher quelques mots.

A six heures du matin, disparition définitive des accidents nerveux, sommeil pendant deux heures, puis réveil avec fatigue et abattements ?

P. 96. T. 380.

Nouvelle prise de 0.80 de calomel.

Lavement vermifuge. L'enfant a plusieurs selles. Un examen

attentif des selles et de l'anus ne permet de découvrir aucun ver. Journée bonne, repos au lit, diète, pas d'élévation de température le soir.

Depuis ce moment aucun phénomène nerveux ne s'est présenté, ne reste qu'un peu de lassitude et de faiblesse qui disparaissent en peu de jours.

OBSERVATION VI

Bezy (*Soc. de méd. et de chirurgie de Toulouse*) 1^{er} février 1894.

Helminthiase simulant la méningite.

Jeanne R..., 8 ans. Conduite à la consultation de la clinique, le 12 juin 1893. Rien de particulier dans ses antécédents.

Depuis quelque temps, l'enfant présente des nausées, des vomissements, de la céphalalgie, de la fièvre, de la constipation, de l'amaigrissement.

Un fait frappe chez cette enfant : c'est que son visage présente cette teinte grisâtre et cette accentuation des sillons que certains auteurs ont décrit sous le nom de faciès vermineux. Afin de savoir ce qu'il pouvait y avoir de vrai dans cette dénomination, et avant de discuter la question de savoir si ces accidents étaient d'ordre méningitique, on donna à l'enfant cinq centigrammes de santonine pendant trois jours de suite. Le troisième jour, la constipation continuant, l'enfant rend un ascaris.

Le 16 juin. — On formule 3 grammes de naphtol en trois paquets. Le premier paquet est suivi de l'expulsion d'un ascaris. Pour les deux autres jours, rien de particulier.

Le 21 juin. — On revient à la santonine, et la première dose est suivie de l'expulsion d'une ascaris femelle de grande dimension. Les deux jours suivants, aucun ver n'est rendu.

Les maux de tête ont disparu ; l'état général devient bon.

On a réuni un certain nombre d'observations dans lesquelles le méningisme va compliquer la dentition. En effet, chez certains enfants la dentition peut s'accompagner d'un ensemble de symptômes alarmants susceptibles d'embarrasser le médecin. Rillet et Barthez avouent s'être plusieurs fois trompés et pris une dentition difficile pour une méningite et inversement. L'enfant peut en effet présenter des vomissements, de la constipation, des alternatives de rougeur et de pâleur au visage, un caractère irritable avec cris spontanés et assoupissements interrompus par de brusques réveils en sursaut.

3° *Méningisme pneumonique.*

Les symptômes cérébraux dans la pneumonie prennent parfois, nous l'avons vu, une importance telle que l'affection thoracique peut passer inaperçue. Le début du méningisme pneumonique est brusque, la fièvre se maintient élevée, les caractères du pouls correspondent à l'élévation de température.

4° *Méningisme typhique.*

Le méningisme typhique débute brusquement après une période de prodromes gastro-intestinal aux plus ou moins accentués, généralement assez courts.

1. Martin. *Du méningisme de la fièvre typhoïde*, 1895. Th. Montpellier.

L'enfant est mal en train pendant quelques jours, puis apparaît une température élevée avec pouls rapide. Les signes caractéristiques de la fièvre typhoïde peuvent être effacés, tandis que les symptômes cérébraux dominant la scène; il y a une hyperesthésie généralisée, parfois des convulsions, les contractures ne sont pas rares, pouvant ainsi produire la raideur du cou qu'on observe dans la méningite. La contraction peut être parfois assez prononcée pour donner lieu à de l'opisthotonos. Si à tout cela nous ajoutons que les troubles vaso-moteurs fréquents dans la fièvre typhoïde peuvent donner lieu à la raie meningitique.

OBSERVATION VII (Personnelle).

Méningisme au cours d'une fièvre continue.

M. A. T., 33 ans. Bien portante jusqu'alors, étant jeune a eu quelques attaques de nerfs.

Depuis quelques jours elle se plaignait d'un mal de tête intense, avec courbature, inappétence, insomnie et constipation opiniâtre, quand brusquement elle fut prise de délire violent avec hyperesthésie généralisée. Les pupilles sont dilatées. Avec le doigt on fait facilement apparaître la raie méningitique.

T. 38°,5. P. 112.

Photophobie très marquée.

Vomissements bilieux faciles sans effort survenant plusieurs fois dans la journée.

Le délire est toujours très marqué.

1. Groyewitch. *Pseudoméningite dans la dothiéntérie*. Th. Paris, 1889.

Pas de diarrhée. Constipation persistante.

Ventre rétracté en bateau.

Le diagnostic était ainsi hésitant quant au bout de 6 à 7 jours je pus constater sur tout le corps une éruption de taches rosées bien caractéristiques. Tous les doutes étaient donc levés et je pus faire alors le diagnostic de dothiéntérie. Au bout de peu de temps le malade fut complètement rétabli.

Si nous songeons à l'intensité que peut prendre parfois la céphalée dothiéntérique, et, qu'enfin les vomissements sont fréquents dans la fièvre typhoïde, on comprend que cet ensemble de symptômes réalise assez exactement le tableau de la méningite aiguë et que la confusion soit possible.

OBSERVATION VIII

Fièvre typhoïde à phénomènes méningitiques (in thèse Georgewitch).

Clotilde B., 7 ans, malade depuis 7 jours.

22 juillet. — Prostration complète, décubitus dorsal, yeux fermés, bouche entr'ouverte, langue rôtie, gencives sèches, narines pulvérulentes.

Ventre légèrement dur, peu douloureux à la pression, fosse iliaque gauche se montre empâtée.

Pas de selle depuis son entrée. Inappétence absolue, soif ardente. T. m. 40°, 2.

Pouls accéléré, petit, 120, pas d'intermittence.

23 juillet. — Apathie continue. Diarrhée 5 à 6 selles fétides.

Décubitus modifié, l'enfant se tient en chien de fusil. Albumine dans les urines.

Potion au musc et au naphtol.

24 juillet. — A eu délire intense, actuellement prostration profonde, se tient toujours en chien de fusil, peau brûlante, diarrhée continuelle, ventre ballonné et légèrement dur au palper, hyperesthésie cutanée. Vésicatoire à la nuque, sulfate de quinine.

25 juillet. — Etat empiré, elle pousse continuellement des cris, ne bouge pas de position en chien de fusil, tousse un peu, diarrhée moins intense.

Glace sur la tête.

26 juillet. — L'enfant n'a pas cessé de pousser des cris, elle s'affaiblit à vue d'œil et expire vers les 3 heures du matin.

Autopsie, cerveau. — La pie-mère est fortement congestionnée surtout sur les parties latérales du cerveau ; elle n'adhère point à la substance cérébrale sous-jacente ; celle-ci présente, sur la presque totalité de la face externe du cerveau, quelques diffusions sanguines et un pointillé hémorragique qui résiste au lavage.

Les poumons ne présentent point traces de tubercules. Le poumon droit est atteint de splénisation. Les ganglions du trille sont petits et durs.

Reins — Extrêmement congestionnés.

Rale. — Hypertrophiée, pèse 150 grammes, consistance très diffuente.

Intestins. — Sur muqueuse intestinale, une trentaine de plaques de Peyer, tuméfiées, molles.

Ganglions mésentériques très gros, tuméfiés, rouges.

OBSERVATION IX

Fièvre typhoïde à phénomènes méningitiques (Résumée). (In thèse Georgewicht Paris, 1893).

Petite fille, 7 ans 1/2. Poussée tuberculeuse du côté du sommet gauche dans les derniers temps de sa vie. Père tuberculeux.

Il y a 6 jours, elle est prise brusquement de malaises, de courbature, fièvre le soir, sommeil agité, rêves pénibles, soit vive anorexie complète. Constipation, trois jours sans aller à la garde-robe.

A son entrée décubitus latéral droit, visage pâle, de temps en temps certains muscles se contractent.

Râles sibilants des deux côtés de la poitrine, rudesse du murmure vésiculaire au sommet gauche, submatité au même niveau.

R. 40. P. 104. T. 39°,6.

Langue saburrale, ventre mou, sans ballonnement, douleur diffuse à la palpation, hypéresthésie cutanée généralisée.

Céphalalgie intense. Nuit agitée, quelques cris de douleurs.

23 novembre. — Malade couchée en chien de fusil sur le côté droit, même faciès, 3 à 4 selles dans la journée. T. 39°,6.

24 novembre. — Raideur de la tête, léger degré d'opisthotonos. Céphalalgie toujours vive.

26 novembre. — Mêmes symptômes plus accusés. Raie méningitique peu prononcée, légère diarrhée. P. 120, régulier.

29 novembre. — Nuit calme, symptômes atténués. Moins d'opisthotonos. P. 96. T. 37. R. 28.

Amélioration qui ne fut que passagère et la malade succomba 12 jours plus tard. Phénomènes cérébraux ne disparurent que deux ou trois jours avant la mort qui eut lieu dans le coma.

Autopsie. — Congestion assez prononcée des méninges, du ce

veau et de l'isthme de l'encéphale ; elles se détachent pourtant avec facilité sur tous les points. Rien dans la substance blanche ni dans les noyaux encéphaliques.

Tubercule au sommet du poumon gauche, ulcérations caractéristiques de la fièvre typhoïde dans la dernière portion de l'intestin grêle.

6. *Méningisme grippal.*

La grippe, comme on sait, est essentiellement variable dans ses manifestations, et la forme nerveuse a été fréquente dans la dernière épidémie. Ici encore le début est brusque ; une céphalalgie intense accompagnée parfois de délire, de photophobie, de vomissements, une hyperesthésie générale bientôt suivie d'une période de dépression plus ou moins accentuée, tel est le méningisme grippal. Des observations de MM. Gaucher et Seveste rapportent des cas de pseudo-méningite grippale simulant de tous points la méningite et se terminant par la guérison ; ce qui complique encore le problème c'est que la grippe peut parfois déterminer une véritable méningite suppurée.

OBSERVATION X

Méningisme dans la grippe (*In thèse Vigne. Paris, 1895*).

B..., jeune soldat, atteint de grippe légère, persiste à faire son service. Le 18 février, il éprouve des frissons, il vomit et se plaint

de mal à la tête. Le lendemain matin, on l'amène à l'hôpital : il délire. T. 30°,6. Rachialgie et céphalée. Cris aigus. Raie méningite.

Calomel, sinapismes, ventouses.

19 février. — Délire continue. Raideur de la nuque et du dos. Eruption aux coudes et aux lèvres. Paralyse de la vessie. Constipation.

Lavements, purgatifs, bain chaud, quinine.

20. — Pupilles contractées, réponses vagues, pouls concentré. Délire bruyant ; agitation continuelle ; hyperesthésie cutanée. T. 38° m. et s.

21. — Le malade reprend connaissance, il est plus calme et répond lentement. Soubressauts tendineux. Eruption érythémateuse sur les flancs. T. 37°,5 m. et s.

Bromure, éther, sinapismes, bain chaud.

22. — Douleurs à la nuque et au rachis. Miction involontaire. Constipation.

Calomel, quinine et laudanum.

23-24. — Herpès labial. La face rougit et pâlit tour à tour. T. normale. Douleurs rachidiennes vives.

Même traitement.

25. — Céphalalgie très intense. Le malade pleure et pousse des cris. T. normale. Sensibilité exagérée sur le trajet des troncs nerveux des membres.

Bain chaud, bromure et sirop d'éther.

26. — Nuit assez calme. Le malade est somnolent. Un peu d'appétit.

27 et 28. — L'amélioration persiste, plus de douleurs, l'intelligence se dégage ; à partir de ce moment l'état général est bon, le mieux s'accroît de jour en jour et le malade entre franchement en convalescence.

Jamais d'albumine dans les urines.

OBSERVATION XI

Méningisme dans la In thèse Vigne.

Après avoir passé la nuit à soigner un malade atteint de méningite, S..., jeune soldat, éprouve le 20 février, une fièvre intense et des frissons répétés. Le matin. (T. 39°. 8), il suspend son service de l'infirmerie et se couche. Le lendemain, céphalalgie violente. On l'amène à l'hôpital où il perd connaissance. T. ; 39° ; délire bruyant. Contractures des membres, faciès grippé.

Calomel, bain chaud.

22 février. — Herpès labialis, éruption aux coudes. Raideurs accentuées au niveau de la nuque. Rachialgie, délire apparaît par intervalles. Diplopie. Douleurs dans les muscles postérieurs des cuisses. T. m. ; 38° 9, s.

Quinine, salol, pilules d'opium.

23. — Constipation persiste. Rétention d'urine. Diplopie. T. ; 39° Dilataction inégale des pupilles. Le délire continue.

Bain chaud, quinine, antipyrine, benzo-naphtol.

24, 25, 26. — Céphalée toujours intense. La diplopie persiste durant quelques jours. Troubles de l'idéation cessent. Constipation rebelle. T. 39°, 8. Le malade est abattu, somnolent.

Calomel, bain chaud, quinine.

27, 28, 29. — Intelligence plus nette ; le malade est plus tranquille.

Le 28. — La température revient à la normale, pour ne plus remonter. Le malade se trouve beaucoup mieux.

Le 2 mars. — Il demande à manger et entre en convalescence.

Pas d'albumine dans les urines.

OBSERVATION XII

Méningisme dans la grippe. In thèse Vigne.

L..., jeune soldat, entré à l'hôpital le 18 février. Grippe légère depuis trois jours. La veille de son entrée, frissons intenses après le repas du soir; céphalalgie violente dès ce moment. A son arrivée, délire violent. T. $37^{\circ},5$.

Calomel, quinine, bain à 35° .

19 février. — Le malade a déliré toute la nuit. Pupilles inégalement dilatées. Hypéresthésie cutanée et généralisée. Cœur et poumons sains. Raie méningitique. Raideur du cou et de la nuque, vomissements.

Bromure, éther, lavement purgatif.

20. — Mêmes symptômes, constipation opiniâtre. Pupilles dilatées. Fond de l'œil en bon état. Herpès labialis. Piqueté rougeâtre au coude. T. $37^{\circ},2$ m.; $37^{\circ},4$ s.

Rhubarbe, lavement laxatif, quinine, bain chaud.

21. — Le délire disparaît, dès le matin. La raideur de la tête est moins marquée; la pression sur les vertèbres toujours douloureuse. Dos fortement creusé. Selles abondantes. Les vomissements cessent. Céphalalgie aiguë. Pouls assez plein. Température normale matin et soir.

22, 23. — Même état, amélioration légère.

24. — Les symptômes méningitiques reprennent. La température s'élève aujourd'hui à 39° . Pouls dur, lent, grande raideur. Maux de tête violents. Vomissements. Les pupilles sont grandes, déformées, réagissent mal. Vers le soir, le patient cesse de délirer. La température a baissé, $37^{\circ},8$.

Bain, quinine.

25. — Délire. Tête moins renversée. Vomissements plus rares.
T. 37°,8, 37°,7.

Opium et bain.

26, 27. — Même état.

28. — Le malade est somnolent, il paraît engourdi. Rachialgie plus légère, mais persistante. T. 38° le soir.

Les jours suivants, une amélioration lente mais continue se manifeste. Très affaibli, le malade ne peut se lever.

Durant toute la maladie, pas d'albumine dans les urines.

Ce cas a été remarquable, surtout par l'absence presque constante de toute pyrexie au milieu de symptômes graves et inquiétants.

OBSERVATION XII

Méningisme dans la grippe. In thèse Vigne.

M..., jeune soldat, atteint de grippe depuis huit jours, entre à l'hôpital le 19 février. Il est sans connaissance. Agitation extrême ; tête renversée, il est couché sur le côté droit, dans l'attitude pelotonnée. Hypéresthésie excessive. Pas de selles depuis trois jours. Raie méningitique. T. 39°.

Bain chaud, sinapismes et ventouses, quinine et antipyrine, lavement purgatif.

20 février. — Vomissements. Soubressauts convulsifs. Photophobie. Pupilles rétrécies. Pouls mou, 105. Herpès labial. Oppression thoracique. A l'examen des poumons, on trouve des râles sibilants assez nombreux, surtout à gauche. Un peu de submatité au sommet droit. Le délire persiste. Constipation.

Calomel, quinine et antipyrine. T. 38°,8 m. ; 39° s.

21. — Le malade reprend connaissance ; céphalalgie et dou-

leurs rachidiennes excessives; sept ou huit selles diarrhéiques après le calomel. T. m. et s., 38°,2.

Bain chaud, ventouses, quinine.

22. — Hypéresthésie cutanée. Pouls plein, vibrant. Céphalalgie persistante. Râles sibilants sous les clavicules. Même traitement. T. : 38°,8 m. ; 39° s.

23. — Eruption aux coudes, céphalalgie très vive. Légères contractures. Pouls irrégulier à 60°. Malade somnolent. T. ; 38°,5 m. ; 39°,4 s.

Quinine et antipyrine, sinapismes répétés, bain.

24. — Un peu mieux. La raideur persiste quand on veut le faire lever. T. : moins élevée, 38°,2 m. et s.

Pilules d'opium.

25. — Il va assez bien, il paraît moins raide. T. 32°,2 m et s.

Le 26. — L'amélioration continue, il se plaint encore de la tête et de douleurs dans le corps. Les jours suivants, tous les symptômes diminuent, les douleurs disparaissent, l'état cérébral est meilleur.

Enfin, le 5 mars, quinzième jour de sa maladie, il est apyrétique et revient un peu à la santé.

Pas d'albumine dans les urines.

7° Méningisme paludéen.

Il n'est pas rare que l'impaludisme provoque des accidents qui en imposent pour une méningite aiguë. « Le diagnostic des fièvres paludéennes, dit le professeur Dieulafoy, est souvent difficile surtout dans les pays chauds où l'impaludisme par ses aspects multiples simule si bien toutes les autres maladies

qui se développent à ses côtés. » Il y a une fièvre intense avec troubles oculaires, l'insomnie, les vomissements, la dyspepsie, une constipation opiniâtre simulent la méningite,

OBSERVATION XIV

J. Simon. *Semaine médicale*, 1^{er} juin 1887.

Un cas de pseudo-méningite paludéenne.

Je me rappelle avoir vu, il y a quelques années, dans un des quartiers avoisinant le canal Saint-Martin, un jeune enfant de deux ans et demi, dont le frère, quelque temps auparavant, était mort atteint de troubles cérébraux innominés, mais rappelant à bien des égards, la méningite tuberculeuse. Le petit malade avait présenté des vomissements, de la céphalée, des convulsions, les jours précédents, et, lorsque je le vis il était dans le coma presque complet ; jugeant la situation désespérée, je portai un pronostic des plus défavorables, et, sans grand espoir, je l'avoue, je lui fis prendre à plusieurs reprises, dans la journée, du sulfate de quinine jusqu'à 0,70 centigrammes, dans les 24 heures.

L'enfant était si abattu, si étourdi, le pouls se ralentissait à un degré tel, que nous lui administrâmes de fortes doses de café, pour chercher à le sortir de la torpeur dans laquelle il était plongé.

Le lendemain cependant, l'intelligence semblait un peu plus dégagée et de nouveau il prit une dose de quinine de 0,50 centigrammes ; mais je m'attendais à apprendre à chaque instant l'issue fatale qui suit de si près la rémission de la méningite.

Aussi lorsque j'arrivai à l'heure de ma visite habituelle, le surlendemain, quel ne fût pas mon étonnement, de voir le petit malade condamné de la veille, souriant, au milieu de ses jouets favoris !

Ce qui rend ce fait encore plus intéressant et plus démonstratif, c'est qu'après deux ou trois mois, malgré le changement de quartier, mon petit malade fut pris de nouveau des mêmes accidents, convulsions, vomissements, et que comme la première fois, le sulfate de quinine le guérit radicalement en fort peu de jours ; depuis il est devenu un grand garçon de parfaite santé.

Je suis convaincu qu'à Paris, surtout dans les quartiers où se pratiquent les déblayements de terrains où l'on élève beaucoup de constructions, il y a des causes qui peuvent donner lieu à des attaques congestives cérébrales relevant de l'impaludisme et tributaires du sulfate de quinine.

8^o *Méningisme rhumatismal.*

Les troubles cérébraux qu'on peut observer au cours du rhumatisme peuvent être divisés de la façon suivante :

Tantôt il existe un délire simple survenant au cours d'une attaque de rhumatisme et simulant assez bien le délire symptomatique nerveux qu'on observe dans un grand nombre de maladies aiguës fébriles, de causes internes ou traumatiques, c'est le rhumatisme avec complications de délire.

Dans une seconde catégorie des faits, au délire s'ajoutent certains symptômes propres à la méningite, et c'est là ce qui constitue proprement la méningite rhumatismale des auteurs.

Enfin, l'on peut voir survenir un état ataxique brusque et imprévu bientôt remplacé par du col-

lapsus et un coma mortel, c'est l'apoplexie rhumatismale de Stohl et de quelques auteurs.

9° *Méningisme urémique.*

L'urémie dans sa forme pseudo-méningitique simule assez bien la méningite. La céphalée exagérée est un symptôme commun à tous les accidents urémiques. Une douleur frontale parfois occipitale remarquable par son intensité, sa ténacité, donnant au malade comme une sensation de gêne, de poids écrasant capable d'arracher parfois des cris au malade; des vomissements d'abord verdâtres qui comme les vomissements d'origine cérébrale se font facilement, sans régurgitation, des contractures se localisant de préférence au cou où elles donnent lieu à de la raideur de la nuque, parfois des convulsions, des paralysies, des désordres moteurs plus ou moins accentués, enfin des troubles oculaires consistant le plus souvent en amaurose, c'est ainsi que se présente le plus souvent le méningisme urémique.

M. Lancereaux (1) cite le cas d'un enfant de 11 ans chez lequel le médecin diagnostiqua une méningite. Cet enfant un mois après une scarlatine, présenta des vomissements verdâtres, une céphalée intense,

1. Lancereaux. *Union médicale*, 1891.

du resserrement des pupilles, la raideur dans les muscles du cou et du dos; de la somnolence et du coma. L'apparition d'une hydropisie généralisée vint ébranler le diagnostic primitif. Il s'agissait donc bien là de méningisme urémique.

Le méningisme urémique se rencontre il est vrai surtout chez l'adulte.

Toutefois les enfants n'en sont pas exempts, comme le montre l'intéressante observation de Bezy où l'examen nécroscopique montra que les accidents cérébro-bulbaires imputés à une méningite étaient imputables à l'urémie.

Les observations de lésions rénales chez les enfants sont plus fréquentes qu'on ne le croit.

OBSERVATION XV

Pseudo-méningite dans l'urémie;

Bezy. *Revue des maladies des enfants*, décembre 1894.

Pierre P..., 17 mois, est conduit à la consultation le 27 avril 1893, pour deux grosses plaques d'eczéma siégeant à la partie antéro-supérieure du thorax, et dont l'enfant est porteur depuis plusieurs mois. Le traitement, purement local, est commencé le lendemain 28. Aussitôt après, le malade devient agité, a de l'insomnie et nous est conduit à l'hôpital, le 1^{er} mai.

L'enfant est pâle, très abattu, indifférent à ce qui se passe autour de lui, la tête retombe en avant; la respiration est très gênée, les ailes du nez sont battantes, les lèvres sont violacées. L'auscultation révèle un peu de congestion à la base du poumon gauche.

Les membres supérieurs sont parésés, le droit a été pris le premier et est plus atteint. Le malade succombe quelques heures après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Taches marbrées et ecchymotiques sur les régions parotidiennes et sur les aînes. A l'ouverture de la dure-mère, on voit une forte congestion de l'encéphale et il sort une grande quantité de sang noir. Piqueté rouge de la substance cérébrale. Aucune lésion de l'arbre respiratoire : examiné d'un bout à l'autre ne donne l'explication de la gêne respiratoire ; pas de tumeur de la région cervicale. La base du poumon gauche est congestionnée. Rien au foie ni à la rate. Rien d'apparent du côté du bulbe rachien. Les uretères renferment en petite quantité une substance albumineuse d'aspect colloïde.

Les lésions les plus intéressantes siègent sur les reins ; l'examen de ces organes a été fait par notre collègue et ami, M. le Dr Daunic, chef du laboratoire des cliniques.

Aspect macroscopique. — Le rein présente un volume considérable. La capsule n'est pas adhérente, et s'arrache très facilement.

A la section, les pyramides apparaissent avec une coloration d'un rouge violacé sombre.

A jour frisant, on aperçoit les glomérules faisant saillie et formant un piqueté rougeâtre qui se distingue du milieu ambiant.

Au microscope. — A un faible grossissement, on aperçoit, à côté d'un petit nombre de tubes restés sains, une très grande quantité de tubes lésés. Quelques-uns présentent les altérations de la néphrite aiguë, tuméfaction de l'épithélium, avec exsudation de boules colloïdes. Dans ces tubes les cellules épithéliales sont volumineuses, tuméfiées, sans limites distinctes, leur noyau se colore mal.

D'autres tubes sont déjà desquamés, leur lumière est agrandie, la surface de l'épithélium apparaît irrégulière, abrasée, et en cer-

tains points, donne aux cellules, l'aspect de simples cellules de revêtement.

Enfin, quelques tubes sont presque complètement détruits et dépourvus d'épithélium.

Les glomérules sont peu lésés ; dans certains, on aperçoit des entassements de globules rouges indiquant un processus interstitiel ; les parois des artères sont normales.

En somme, lésions caractéristiques d'une néphrite aiguë, ou, peut-être, poussée aiguë survenant au cours d'une néphrite déjà ancienne. Cette hypothèse expliquerait mieux les divers degrés de néphrite rencontrés dans nos coupes.

10° Méningisme dans diverses intoxications.

Nous avons vu qu'au cours de différentes intoxications peuvent apparaître des symptômes méningitiques. En particulier on sait que dans l'empoisonnement par l'opium à une phase d'excitation caractérisée par une céphalée intense, un éréthisme circulatoire marqué (pouls rapide, cœur battant violemment), sécheresse de la bouche et de la langue, constipation, délire, hallucinations, agitation et troubles pupillaires (myosis) succède une période de dépression qui aboutit à l'affaiblissement des fonctions organiques et au coma.

On voit que cet ensemble réalise assez bien le syndrome méningitique et nous explique en certains cas la confusion possible entre les deux affections.

Le phosphore donne lieu à des symptômes analogues. Ici la photophobie est intense, le délire peut

être violent, le coma succède à une période de dépression générale comme dans la méningite.

Citons encore pour mémoire les accidents toxiques dus à la santonine, à l'atropine qui, dans quelques cas rares ont pu créer de toutes pièces le méningisme.

II^o *Méningisme hystérique.*

Nous arrivons maintenant à la forme la plus intéressante du méningisme.

Dans les différents cas que nous venons d'examiner, indépendamment de la cause provocatrice du méningisme, nous avons vu que l'hérédité névropathique créant une susceptibilité toute particulière des couches corticales sous-méningées favorise l'apparition du méningisme.

Mais, à côté de ces cas où l'hystérie se trouve indirectement en cause, il est des cas de pseudo-méningite purement hystérique où la cause provocatrice a été des plus bénignes.

C'est à cette forme que nous réserverons plus spécialement le nom de méningisme hystérique.

Sans entrer dans le détail des symptômes cardinaux de la méningite aiguë, nous savons que les auteurs décrivent à la maladie deux périodes, l'une d'excitation, l'autre de dépression.

1. Thèse Bruyère, Bordeaux, 1892.

2. Thèse Bardol. Paris, 1893

La première période est surtout caractérisée par ce qu'on a appelé le trépied méningitique.

Ce sont, la céphalalgie, les vomissements et la constipation. Autour de ce trépied, se groupent beaucoup d'autres symptômes résultant pour la plupart de l'excitation fonctionnelle des centres nerveux à savoir, la fièvre, le délire les contractures et les convulsions, l'hypéresthésie cutanée, la photophobie et les troubles vasomoteurs tels que la raie méningitique.

Au bout d'un temps variable fort court dans la méningite aiguë, plus long dans la méningite tuberculeuse, succède à la période d'excitation ou d'éréthisme, une période de dépression ou de paralysie suivant une loi constante en pathologie à l'irritation cérébrale, succède l'épuisement fonctionnel de la cellule nerveuse (1).

Toute la question consiste donc à rechercher d'une part si chacun des symptômes isolés qu'on rencontre dans la méningite peuvent aussi se trouver dans l'hystérie, et, il ne nous restera plus qu'à constater que dans les observations de méningisme hystérique qui ont été publiées le groupement de ces symptômes se réalise de façon à simuler la maladie elle-même.

Un trait commun d'ailleurs à l'hystérie comme au méningisme, c'est l'essentielle mobilité de leurs symptômes. Aucun signe n'est pathognomonique de la

1. E. Dupré. Art. *Méningites* du *Manuel de Médecine*.

méningite. Seuls le groupement et l'évolution de ces symptômes permet le diagnostic; or, l'hystérie peut, nous le verrons, réaliser ce groupement.

En effet, la *céphalalgie* est un phénomène des plus constants dans la méningite aiguë. Or, on sait que c'est là un symptôme banal dans l'hystérie. Légère et fugace en certains cas, elle prend chez certains hystériques un caractère intense et persistant qui peut tromper le médecin et faire croire à une lésion organique des centres nerveux.

Ajoutons à cela que l'hystérique exagère volontiers son mal. Les enfants surtout s'en plaignent vivement.

Les *vomissements* bien que rares dans l'hystérie n'en ont qu'une valeur plus grande lorsqu'ils se joignent à la céphale. Les vomissements de la méningite sont faciles, indolores, soudains, non nauséux indépendants de l'état du tube digestif; alimentaires ou bilieux, ils surviennent par fusées et réunissent les caractères du vomissement cérébral.

Or, ces mêmes caractères se retrouvent dans les vomissements hystériques, qui suivant le professeur Debove « surviennent brusquement sans autre douleur que celle de l'acte même, ce qui les distingue des vomissements par gastralgie ou hypéresthésie gastrique. »

La *constipation* est aussi un des grands caractères de la méningite. C'est une constipation tenace, prolongée, rebelle aux purgatifs, s'accompagnant le plus souvent de rétraction du ventre, connue sous le nom de « ventre en bateau ». Toutefois elle peut

manquer. Quoiqu'il en soit, on peut l'observer avec les mêmes caractères dans l'hystérie. Dans l'observation d'Ollivier que nous avons donnée plus haut, la rétraction du ventre était manifeste.

La *fièvre* est un des grands symptômes de la méningite; or, c'est à un point qui mérite une attention toute spéciale, car après avoir beaucoup discuté sur son existence, admise dans l'hystérie d'abord par Briquet, repoussée ensuite de tous côtés, elle a été remise à l'étude et démontrée par le professeur Debove et Barrié. La fièvre hystérique est avant tout remarquable par son extrême irrégularité. Or, dans la méningite aussi la fièvre est irrégulière. Ajoutons en outre que dans la méningite les caractères du pouls ne marchent pas de pair avec la température : le pouls peut être ralenti alors que la fièvre est élevée. Cela vient compléter la ressemblance avec le méningisme hystérique.

Parmi les observations que nous donnons plus loin, nous voyons dans la thèse de Chantemesse 1883, une fièvre hystérique prise pour une méningite tuberculeuse, et, le même auteurs cite une erreur inverse une méningite vraie étant prise pour une pseudo-méningite hystérique.

Les observations de Dalché, de Macé, de Reynaud, de Bardol, nous donnent autant d'exemples de fièvre hystérique.

Sans pousser plus loin cette étude, il serait facile de démontrer que tous les autres symptômes secondaires de la méningite aiguë peuvent se rencontrer

isolés ou associés dans l'hystérie. Il suffit de rappeler que dans l'hystérie comme au cours de la méningite on peut avoir des convulsions, des contractures, la raie méningitique, du délire, de l'adynamie, de la somnolence.

Il est encore possible de diviser le méningisme suivant la *localisation* qu'affecte le syndrome méningé. Dans les cas que nous avons donnés jusqu'ici, le méningisme simulant une lésion encéphalique; or, d'autres formes du méningisme sont relatives à sa localisation méningée.

La thèse de Poirier nous montre l'hystérie simulant la pachyméningite cervicale hypertrophique. Les observations suivantes de Souques nous montrent le méningisme hystérique simulant un mal de Pott.

OBSERVATION XV

Paraplégie hystérique simulatrice d'une paraplégie par mal de Pott.

Julia B..., 16 ans, entre le 8 décembre 1885.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire. Une sœur hystérique (attaques convulsives).

Antécédents personnels. — Dans son enfance, la malade n'a jamais fait de maladies, mais elle était toujours chétive, frêle, sujette aux migraines, aux palpitations et aux bronchites. Il y a 12 mois, elle a éprouvé de vives douleurs dans la colonne vertébrale au niveau de la région lombaire et de la région dorsale. Ces douleurs duraient toute la journée, ses jambes sont devenues

raides insensiblement et faibles, il lui arrivait de tomber par terre. Durant un mois, elle a gardé complètement le lit, ne pouvant se tenir sur ses jambes. Elle a remarqué qu'elle était voûtée. Les troubles de la marche ont été en progressant peu à peu.

Etat actuel. — Paraplégie spasmodique, la marche est très difficile. Elle présente au niveau de la région lombaire, une déformation de la colonne vertébrale assez étendue avec une dépression au-dessus. Rien aux poumons ni dans les divers viscères. La sensibilité est très affaiblie, dans tout le côté gauche du corps il existe à la main gauche des troubles trophiques très marqués.

La main entière est augmentée de volume, violacée, comme une main présentant des angelures. La malade est très émotive.

Juillet 1886. — La malade est prise d'épistaxis, de céphalalgie, de fièvre, de troubles cérébraux ataxiques. On pense d'abord à une méningite tuberculeuse. L'apparition de taches rosées fit songer à la fièvre typhoïde, diagnostic qui resta en suspens.

La malade mourut, et, à l'autopsie, en dehors des lésions intestinales de la dothiéntérie, on ne trouva absolument rien. Les vertèbres étaient saines dans toute leur étendue. La moelle fut retirée et examinée macroscopiquement. A l'œil nu, on ne constata aucune altération appréciable. L'examen microscopique ne fut pas fait.

Nous pourrions encore citer les deux observations d'Audry parues dans le *Lyon médical*, mais comme elles ne rentrent pas directement dans notre sujet nous nous contenterons d'y renvoyer.

Une autre division s'impose dans le chapitre des formes cliniques. Suivant l'évolution des symptômes, le méningisme hystérique peut simuler la méningite aiguë aussi bien que la méningite chronique, ainsi

que le montre une observation intéressante de Pitres et une autre observation de Mendel que nous donnons ci-dessous.

OBSERVATION XVI

Enfant de souche névropathique. Pseudo-méningite tuberculeuse vers l'âge de 8 ans. Attaques convulsives à 9 ans et succession bizarre de divers troubles sensitivo-sensoriels et moteurs durant plus d'un mois. Guérison complète. (Meudel, *Berlin. Klin. Woch.*, 2 avril 1884).

Jeune enfant de 10 ans, d'hérédité névropathique.

Antécédents personnels. — A eu en 1880, vers 6 ou 7 ans, névralgie du trijumeau qui se propagea à tout le corps (?) six semaines après, agitation choréique (?) des muscles avec inquiétude psychique, changement de caractère, incontinence nocturne d'urines. Revient plus tard à la santé mais dans l'hiver 1881-1882, à 8 ans, vomissements opiniâtres, maux de tête, est atteint d'une amblyopie passagère (pseudo-méning. tuberc.). Tout disparaît encore, mais certaine mauvaise humeur persistant.

Etat actuel. — En août 1883, il est pris, sans cause appréciable de trépidation des pieds et d'épisthotonos qui font place à des convulsions du 1^{er} au 19 août. A cette date, convulsions aiguës subitement remplacées par convulsions classiques avec rires, pleurs, spasmes, etc. Pendant les accès ayant lieu plusieurs fois par jour et durant quelquefois 2 ou 3 heures, perte de connaissance, hallucinations, délire. L'enfant continuait dans l'accès suivant ce qu'il avait commencé dans le précédent; il semblait y avoir deux états de sa vie, deux consciences coexistant chez lui.

Ensuite, amaurose de l'œil droit; disparaît quand l'œil gauche est pris de la même manière; puis, et successivement parésie à droite, anesthésie partielle du bras droit, hyperesthésie générale

de toute la peau, chaque symptôme durant à peine quelques jours et disparaît sans laisser trace. Ces accès persistent jusqu'au 1^{er} septembre, c'est-à-dire plus d'un mois sans que le traitement amenât un résultat quelconque.

Fut alors admis à l'établissement du..., à Saukow; là, courte attaque troisième jours après l'entrée; mais depuis bien portant, n'offre rien d'anormal. On peut donc dire que la guérison s'est manifestée à partir de l'admission de l'enfant dans un autre entourage.

OBSERVATION XVII (résumée).

Antécédents hystériques simulant une méningo-encéphalite chronique; céphalée persistante, contracture des deux membres inférieurs et du membre supérieur gauche: attaques syncopales et convulsives; délire; agraphie et cécité vertébrale; guérison. Pitres, *Lç. clin. sur l'hyst. et l'hypn.*, 1891, t. I, p. 199.

Elise X..., 13 ans, grande, forte, bien constituée, non menstruée.

Antécédents héréditaires. — Grand-père paternel mort ataxique, grand-mère maternelle s'est suicidée dans une maladie mentale. Mère hystérique.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, terreurs nocturnes fréquentes vers 8 ou 9 ans, vomissements opiniâtres, persistent plusieurs jours consécutifs, même plusieurs semaines, survenant sans cause, disparition de même.

En 1883, mise en pension, se trouve bien. Après les premières vacances et le retour à la pension, sans motif apparent, le 5 octobre 1884, perd connaissance pendant la classe, reste inerte 1/2 heure environ. Accidents identiques les dix jours suivants. D'après un médecin, était en état de résolution musculaire com-

plète, sans changement de coloration du côté de la face, le pouls et la respiration non modifiées. Fin brusque et la malade déclarait n'avoir aucune conscience de ce qui s'était passé.

Dans l'intervalle, souffrait continuellement de la tête; membres inférieurs affaiblis graduellement. Au 15 octobre garde le lit. Accès plus fréquents mais avec convulsions violentes. Ilots d'anesthésie et d'hypéresthésie sur divers points du corps. Etat général reste bon. Ni vomissements, ni fièvre. Pouls régulier. Intelligence nette. En décembre, maladie s'aggrave, maux de tête plus pénibles, pouls ralenti (48) irrégulier. Enfin perte de mémoire, attaques convulsives 6 à 10 fois par jour.

Symptômes persistant sans atténuation août 1885. Rentre à l'hôpital 1^{er} mai 1886.

Etat actuel. — Caractère triste, maussade avant les attaques; sujette à 5 ou 6 attaques par jour. Leur début par malaise spécial et hallucination; puis perte de connaissance, raideur tétanique des membres, bientôt suivies de convulsions cliniques. Pas d'hypnose post-convulsive.

En dehors des attaques, troubles sensitifs, moteurs et psychiques, importante pour le diagnostic.

1^o *Troubles sensitifs.* — Céphalalgie constante, pénible, avec zones hystérogènes du cuir chevelu. En outre, analgésie complète du côté droit et hypéralgésie légère du côté gauche. Du côté des organes des sens, hypéresthésie odorat; ouïe à droite, hypéresthésie de l'œil gauche, strabisme interne à droite et diplopie intermittente.

2^o *Troubles moteurs.* — Contracture permanente des trois derniers doigts de la main gauche en forme de griffe cubitale et avec impossibilité de mouvements pour les doigts contracturés. Contracture permanente très marquée de tout le membre inférieur gauche avec déviation du pied en dehors et contracture légère du membre inférieur droit, sans déviation du pied. Masses muscu-

lairès des mollets très maigries, celles des cuisses et bras, normales.

3° *Troubles psychiques.* — Perte du souvenir de la lecture, écriture, musique, de tout ce que l'enfant a appris avant la maladie. Ni dire son âge, ni le nom de ses frères et des personnes non constamment autour d'elle. Parle avec grande facilité et comprend bien toutes choses.

Caractère vif et enjoué, même affectueux pour certaines personnes.

Etat général bon. Appétit un peu à désirer. Pas de vomissements, ni fièvre, ni pouls irrégulier, cauchemars pendant le sommeil.

Enfin, il est une forme de méningisme des plus curieuses, c'est le méningisme à répétition simulant des rechutes de méningite et pouvant se terminer par une méningite vraie. C'est à ce point de vue qu'il faut discuter le pronostic du méningisme, et, ainsi que le fait remarquer Dupré (1). « Ce pronostic presque toujours favorable comporte donc des réserves. L'apparition du syndrome dénonce en effet une vulnérabilité anormale des zones corticales et indique la possibilité d'une méningite ultérieure. Il constitue donc surtout chez les jeunes enfants une menace pour l'avenir. L'analyse soignant des antécédents des sujets atteints de méningite notamment de méningite tuberculeuse, montre la fréquence du méningisme sous une quelconque de ses formes dans le passé des malades. »

Tel de ces enfants prédisposés ayant été soumis

1. E. Dupré, *Loco citato*.

à l'influence brusque du froid pendant une promenade présentera les signes d'hyperesthésie cutanée et sensorielle, l'agitation et l'insomnie, et même certains troubles digestifs et oculo-pupillaires, puis tout rentre dans l'ordre au bout de peu de jours.

Mais quelque temps après à l'occasion d'une faute d'hygiène quelconque des phénomènes analogues pourront se reproduire et cela une ou plusieurs fois. En présence de cette susceptibilité aux manifestations corticales, le médecin a le droit d'éprouver des craintes qui peut-être ne se réaliseront pas dans l'avenir, mais qui pour le moment justifient une prophylaxie sévère qui consiste à surveiller de fort près une éducation physique et intellectuelle.

OBSERVATION XVIII.

Pseudo-méningite hystérique, Boissard (*France méd.* 1891).

La nommée Ch..., âgée de 45 ans, entre le 10 février dans le service du D^r Rigal.

Antécédents de tuberculose; mère morte phthisique à 35 ans; elle-même a perdu ses deux enfants de méningite. Il y a trois ans, elle a commencé à tousser un peu et a craché quelques filets de sang.

Il y a huit jours, elle a été prise de céphalalgie frontale très intense avec vomissements alimentaires; ces vomissements sont faciles et offrent tous les caractères du vomissement cérébral; ils se produisent après chaque ingestion des aliments et persistent jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital.

A la visite du soir, nous trouvons la malade dans le décubitus dorsale, légèrement abattue, mais se plaignant vivement de la tête; elle pousse quelques petits cris plaintifs en disant: Ma tête! ma tête!

Intelligence nette, pupilles un peu contractées et retard de la sensibilité. Ventre légèrement aplati, constipation depuis six jours.

Pouls régulier, mais petit et très peu fréquent, 52 pulsations, température 37°.

Examen des poumons négatif quant à la tuberculose.

On porte le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Pendant cinq jours, ces phénomènes vont en augmentant; la céphalalgie temporo-frontale est très intense, les vomissements et la constipation persistent, la prostration s'accroît de plus en plus, et la malade ne sort de sa torpeur que pour se plaindre de la tête et pousser des gémissements plaintifs; le pouls toujours régulier tombe à 48, mais la température ne s'élève jamais au-dessus de 38°,4.

Traitement. — Vésicatoire à la nuque, glace sur la tête, lotion iodo-bromurée.

Le sixième jour, la prostration diminue un peu, la céphalalgie est moins violente, et le pouls remonte à 60; une selle; cependant le ventre reste encore aplati, les papilles dilatées paraissent réagir faiblement à la lumière. Analgésie complète en certains points des membres supérieurs; intégrité de la sensibilité dans les membres inférieurs.

Dans les jours qui suivent, l'amélioration s'accroît chaque jour, la céphalalgie disparaît, le pouls remonte à 72, le ventre n'est plus aplati, les vomissements et la constipation ont disparu.

Persistance des troubles de la sensibilité sur le bras droit qui présente des plaques d'anesthésie.

La malade reste ainsi près d'un mois dans le service; offrant de

temps en temps des reprises de céphalalgie accompagnée de torpeur intellectuelle.

Puis l'amélioration paraissant définitive, la malade est envoyée au Vésinet où elle fait un séjour de quinze jours.

A sa sortie du Vésinet, la malade vient nous revoir, ne se plaignant plus que d'un peu de céphalalgie.

Huit jours après la malade est prise de douleurs dans les quatre membres, avec difficultés considérables pour marcher, et revient alors nous voir avec une aphonie presque complète, survenue à la suite de contrariétés.

En même temps, elle se plaint d'oppression avec sensation de boule qui menace de l'étrangler. Céphalalgie, mais absence de vomissements et de constipation. Pouls régulier, 78.

Anesthésie complète du voile du palais, pas d'ovaralgie, mais hémianesthésie de tout le côté droit.

L'aphonie disparaît au bout de sept jours, mais l'hémianesthésie droite persiste avec sensation de froid et de fourmillements dans les pieds.

Chaque matin la malade est envoyée à la douche, et au bout de deux semaines elle demande à sortir, conservant son hémianesthésie à droite.

OBSERVATION XIX

M. le professeur Grancher d'après indication de M. Guinon.
Accidents hystériques simulant successivement méningite, péritonite, urémie. Crises d'aboiement, secousses rythmiques. Stigmates d'hystérie.

Ch... Léon, 14 ans, écolier. Entré le 13 juin 1892, salle Bouchut, n° 4.

Presque tous les renseignements fournis d'une façon très précise par la mère de l'enfant très intelligente.

Antécédents héréditaires. — Rien de spécial au point de vue nerveux, côté grands-parents ou parents.

Antécédents personnels. — Fils unique, né à terme, a marché vers 16 mois, n'aurait parlé qu'à 3 ans. Première dentition, accidents convulsifs assez fréquents jusqu'à 5 ans. Pas d'autre maladie.

Il y a 18 mois, en octobre 1890 l'enfant ayant alors 12 ans, fit une chute dans un escalier de pierre. Rien d'abord que plaie large au cuir chevelu, longue à se fermer. Pas d'accident jusqu'en mai 1892.

Dans les premiers jours de mai 1892, s'étant plaint de douleurs de tête depuis quelque temps, perd l'appétit ; vomit incessamment, faiblesse à garder le lit.

Un médecin constate : Abattement très marqué, avec certaine obnubilation de l'intelligence empêchant de saisir les réponses et d'y répondre convenablement. Mauvaise humeur, veut la tranquillité. Le jour se tient blotti au fond du lit sans attitude spéciale, sans fuir positivement la lumière, la tête sur deux ou trois oreillers pour ne pas étouffer, dit-il. De temps en temps, cris plaintifs, porte la main à sa tête, répète souvent. « Oh là ! oh là ! » la nuit pas d'insomnie, pas d'agitation ni de cris.

Outre céphalée intense, mais sans localisation précise, rachialgie avec courbature généralisée. Sensibilité normale sur toute la peau.

Pas de crises convulsives ni contracture ni paralysie. Pupilles égales ; regard un peu vague, mais sans déviations. Raie méningitique.

Pas de troubles sphinctériens.

Température normale. Pouls lent, régulier. Appétit nul, langue à peu près bonne.

Ne veut prendre qu'eau fraîche, vomit sans efforts sept ou huit fois par jour.

Pas de constipation, ventre normal, non douloureux ; respira-

tion très régulière. Rien à l'auscultation des poumons et du cœur.

Trois phénomènes particuliers à signaler :

1° Sensation d'étouffement à la gorge, nécessitant la position élevée de la tête, et que rien n'explique du côté des poumons ou du cœur;

2° Hoquet persistant au deuxième et troisième jour de maladie;

3° Enfin, rétention d'urine presque absolue, avec certain degré d'anurie, obligeant à pratiquer le cathétérisme.

Donc, le diagnostic du médecin, penchant vers la méningite, à cause de la prostration, de la céphalée, des vomissements, dut être réformé après les trois premiers jours; en présence du hoquet de l'anurie, on pensa alors à une péritonite; trois ou quatre jours plus tard, on se rejette du côté de l'urémie : trois diagnostics différents en moins de huit jours.

Ne pouvait ni se lever, ni se nourrir; les vomissements continuaient et on était forcé de lui donner des lavements de sang et de pepsine.

Ce n'est qu'au bout de trois semaines que les vomissements ont cessé, et à ce moment, amaigrissement déjà très sensible. On le fait alors entrer aux Enfants-Malades.

Etat actuel. — Moins intéressant que ce qui précède. Cependant marque bien nette de l'hystérie : explication suffisante des accidents divers du malade.

13 juin. — Sujet bien constitué, assez grand pour l'âge, un peu maigre. Cicatrices au cuir chevelu de l'ancienne plaie. Craintif, un peu sournois, répond du bout des lèvres aux questions.

Paupières recouvrent presque en entier à l'état normal les globes oculaires; ceux-ci animés d'oscillations rapides et incessantes dans le sens transversal. Réactions pupillaires normales.

Depuis quelques jours, Léon Ch. est atteint de crises convulsives avec aboiement, répétées très souvent dans la journée jusqu'à 20 ou 25 fois. En même temps et dans l'intervalle, agité de

secousses rythmiques, occupant moitié supérieure du tronc et membres supérieurs.

Rien n'attire l'attention du côté des viscères, appétit à peu près normal.

En présence de ces divers phénomènes, considérés comme de nature hystérique, on se montre sévère pour l'enfant, on lui prescrit l'isolement et les douches, on le menace même du thermomètre.

Le 15. — Crises diminuent en nombre. L'enfant se lève pour aller à la douche; commence à mieux parler. Secousses rythmiques ne se produisant guère qu'à la visite et quand on l'observe.

On peut alors rechercher les stigmates de l'hystérie; on constate, en effet, anesthésie complète du pharynx, anesthésie incomplète de la peau sur toute la moitié de la peau.

Le 17. — Crises d'aboiement ayant complètement cessé, secousses rythmiques à peine ébauchées.

Le 18. — Tous les accidents ont disparu.

OBSERVATION XX

Communiquée par M. le Dr E. Guinon. Pseudo-méningite hystérique coïncidant avec les premières règles. Stigmates d'hystérie.

D... Marie, âgée de 14 ans, entrée le 25 avril 1892, n° 1, salle Parrot.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu. Mère séparée depuis 7 ans de sa fille qui vit dans une pension où on l'occupe à des travaux manuels, et où elle paraît fort s'ennuyer.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à l'âge de 6 ans: depuis cette époque, sujette à des crises nerveuses? Bonne santé habituelle. Réglée pour la première fois il y a huit jours, et, à cette occasion, malaise général qui persiste encore.

Etat actuel. — Jeune fille bien constituée. Au premier abord il semble qu'elle ait un ptosis double et une légère asymétrie faciale, la commissure labiale droite étant plus abaissée que la commissure gauche; mais il n'y a là rien de pathologique. Quand on l'interroge, elle paraît ennuyée de répondre, et manque de franchise.

La petite malade paraît très abattue; son faciès coloré et rouge; elle semble dormir, les paupières mi-closes. Elle est couchée sur le côté droit, en chien de fusil, la tête tournée vers le mur, fuyant le jour; cependant, il n'existe pas de véritable photophobie, car si l'on soulève la paupière, la pupille reste dans la direction qu'elle avait, sans suivre l'élévation du voile palpébral. Les paupières retombent aussitôt qu'elles sont relevées. Il existe un peu de strabisme interne de l'œil droit. Les pupilles sont égales. Raie méningitique, mais pas d'alternatives de rougeur, ni de pâleur du visage. Pas d'opisthotonos ni de contracture des membres supérieurs; mais quand on soulève les deux membres inférieurs, on sent une raideur assez marquée des deux côtés; la résistance aux mouvements communiqués est la même dans toute l'étendue des deux membres. Pas de paralysie.

Réflexes rotuliens conservés. Pas de troubles sphinctériens. Sensibilité normale à la peau.

Attitude hostile à tout examen. Si l'on essaie de lui tourner la tête du côté du jour, la jeune malade la ramène brusquement du côté du mur. Elle ne répond que par monosyllabes aux questions qu'on lui pose; son intelligence paraît au premier abord assez obtuse. Elle se plaint pourtant d'une céphalée vague et diffuse, sans localisation précise.

Pas de fièvre. Pouls 104, égal et régulier. Langue un peu sèche. Ventre aplati douloureux. Perte complète d'appétit, constipation, mais pas de vomissements. Rien à l'auscultation des poumons, ni du cœur, mais respiration irrégulière, profonde. Urines normales.

En examinant la vulve, on est frappé de la rougeur des petites lèvres, de l'humidité des parties qui sont très congestionnées, rouges et violacées; l'interrogatoire n'ajoute aucun renseignement à ce que l'on sait de l'apparition des premières règles depuis huit jours.

En présence de ces phénomènes : abattement général, céphalée, constipation, sorte de photophobie, accélération du pouls, léger strabisme, raideur des membres inférieurs, surtout attitude de l'enfant, on croit à une méningite. Unanimité des élèves de service. Cependant les faits suivants ne concordaient pas : pupilles égales, pouls égal, régulier, absence de photophobie véritable, de vomissements, de fièvre.

On fait lever l'enfant qui peut se tenir debout. Essaie d'abord de s'accrocher aux barreaux du lit ; mais, sur l'ordre sévère de M. Guignon, se décide à marcher, et fort bien, tête basse, air confus.

On recherche les stigmates de l'hystérie ; anesthésie pharyngée, ovaralgie à droite. Ces deux signes rapprochés des crises nerveuse d'autrefois fortifient le diagnostic d'hystérie, manifestée à l'établissement des règles et sous forme d'accidents méningitiques.

27 avril. — Nuit calme, bon sommeil. Constipation ; la miction se fait bien. A la visite, abattement, photophobie apparente, se cache la tête quand on l'observe. Quand on lui tourne le dos s'intéresse aux faits et gestes. Appétit revenu.

28. — Changement complet. Marie D..., assise sur son séant, souriant à tous, air satisfait, répondant mieux ; si on insiste sur la maladie antérieure, mauvaise humeur.

29. — Tout va bien. Respiration, pouls normaux, la constipation cesse ; plus de céphalée ni raideur des membres inférieurs, gaie, s'habitue au milieu ; cause plus facilement, avoue qu'elle s'ennuie dans sa pension. Tentative d'hypnotisme réussit facilement.

12 mai. — Revue par M. Bardol après rétablissement. Présente à l'examen une hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche du corps à ajouter à l'anesthésie du pharynx et à l'ovaralgie droite signalées précédemment.

OBSERVATION XXI

Phénomènes pseudo-méningitiques dans l'hystérie.

Observation de M. Rigal.

H... Berthe, 20 ans, entre le 2 janvier 1883, dans le service de M. Rigal.

Elle est d'une apparence assez frêle, bien réglée et n'accuse aucune maladie antérieure. Jamais de crises d'hystérie convulsive mais elle éprouvait de temps à autre, une sensation de boule qui lui montait du ventre à la gorge. Elle a, de plus, une petite toux sèche.

Quinze jours avant son entrée, elle remarqua que les aliments qu'elle prenait n'avaient aucune saveur. Le 26 décembre, sans cause appréciable, elle fut prise tout à coup d'un mal de tête extrêmement intense. Bientôt survinrent des vomissements se répétant sept à huit fois par jour, dès qu'elle prenait un peu de nourriture ou boisson.

A son entrée, la malade est dans un état de faiblesse et de prostration profondes, elle répond cependant assez bien aux questions qu'on lui pose. Le faciès est pâle, les lèvres sont décolorées, le regard éteint, les sourcils froncés, le front est contenu dans la main droite ; le ventre est un peu rétracté, insensible à la palpation. Pas de tache méningitique bien nette. Vomissements bilieux assez fréquents depuis hier. Perte complète de l'appétit. P. 60. T. 37°.

3 janvier. — La malade n'a pu dormir, plusieurs fois dans la

nuit elle a poussé des cris : Oh ! ma tête, oh ! ma tête, trois vomissements, même faciès que hier. P. 54. T. 37°.

Certains troubles de la sensibilité amènent à faire des réserves sur diagnostic d'abord porté, méningite. Plaques d'insensibilité sur les deux membres. Pas d'ovaralgie, sensibilité génitale conservée. Hémianesthésie de la face à droite. Goût et sensibilité de la langue complètement abolis. Oûe, vue, odorat, intacts.

Ipéca et tartre stibié.

Le soir, mal de tête a diminué. P. 60. T. 37°.

6 janvier. — Depuis administration du vomitif, vomissements n'ont pas reparu. Faciès meilleur. Céphalalgie, quoique moins forte, revient pourtant par crises très douloureuses. P. 66. T. 37°.

12 janvier. — Troubles de la sensibilité périphérique et céphalalgie ont disparu. Goût est revenu.

P. 72. T. 37°.

18 janvier. — La malade sort de l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XXII (résumée).

Rapportée par le Dr Reynaud dans la « Loire médicale », no 3, 1883. —

Pseudo-méningite hystérique avec fièvre, simulant une méningite tuberculeuse.

Jeune fille de 14 à 15 ans. Premières règles datant de quelques jours à peine ; pas d'accidents nerveux jusqu'à l'époque actuelle. Père mort d'un transport au cerveau (?) sphère nettement névropathique.

Début. — Grande frayeur pendant la nuit du 4 au 5 décembre 1883 à cause des cris d'alarme poussés dans une maison voisine. Le lendemain, à son réveil, cette jeune fille est prise de vomissements violents et répétés, d'un délire intense revêtant le caractère professionnel.

Etat actuel. — A notre arrivée, les vomissements et le délire persistent. La malade reste couchée ; son faciès est pâle, mais devient parfois le siège de rougeurs subites.

6 décembre. — Insomnie absolue. Délire et vomissements comme la veille. Céphalalgie violente, surtout localisée à la région frontale gauche. La fièvre ne paraît pas élevée.

Le 7. — P. 105. T. 38°,3. Délire plus tranquille. Ventre rétracté, constipation absolue ; on note toujours de brusques changements de coloration à la face. Pupilles dilatées, mais égales. Pas de raideur de la nuque. Légère tendance à la contraction dans le bras gauche et douleurs le long des membres inférieurs.

Un de nos confrères appelé en consultation à cette période de la maladie nous confirme dans l'idée d'une méningite tuberculeuse que la céphalalgie, les vomissements, la constipation, le délire, et surtout la fièvre, nous avaient fait soupçonner.

Le 8. — P. 105. T. 37°,9, calme relatif.

Le 9. — P. 102. T. 37°,8. Amélioration sensible mais lassitude et faiblesse générales.

Le 14. — Retour de douleurs vives à la tête et aux membres. Le délire réapparaît et on constate un peu d'inégalité pupillaire.

Le 15. — Tout est rentré dans l'ordre, et sauf quelques bizarreries de caractère, la malade a repris le cours de ses occupations.

OBSERVATION XVI

Observation publiée par P. Dalché.

La nommée Deh..., âgée de 23 ans, domestique, entre le 21 novembre 1884, salle Sainte-Anne, n° 18, dans le service de M. Empis, à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents héréditaires. — Mère très nerveuse.

Antécédents personnels. — Cette jeune femme n'a jamais fait de maladie sérieuse. Régulée pour la première fois à l'âge de 12 ans, elle a toujours perdu abondamment pendant ses périodes mensuelles.

Depuis trois mois environ, elle se sentait mal à l'aise, sans appétit, en proie à une lassitude générale; trois semaines avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle a craché du sang.

Il y a trois jours, elle a été subitement prise d'un point de côté violent avec mal à la tête, quelques frissons et de la diarrhée.

Le 20 novembre. — Elle délire toute la journée et vomit une fois pendant la nuit.

Le 21 novembre. — La malade entre à l'Hôtel-Dieu. Sa physionomie est profondément abattue. Elle se plaint d'une céphalalgie intense et de vertiges continuels, à tel point que la station debout est impossible. Ses pupilles sont moyennement dilatées et elle accuse très nettement de la diplopie. Bourdonnements d'oreille. Langue saburrale.

Le point de côté est toujours aussi douloureux, et cependant l'auscultation ne dénote rien d'anormal; mais le phénomène dominant de l'appareil respiratoire est une toux presque incessante: toutes les quinze ou vingt secondes, la malade fait entendre une petite toux sèche, sans expectoration, et de temps à autre, sa poitrine est soulevée par des mouvements spasmodiques ressemblant à du hoquet ou à des nausées. Pas de vomissements depuis hier.

La pression réveille de la douleur tout le long de la colonne vertébrale, surtout à la nuque, dans la région splénique, dans la région ovarienne gauche, et de l'hypéresthésie des cuisses.

Pas de raie méningitique.

Au cœur, souffle anémique à la base, les muqueuses conjonctivales et labiales sont décolorées; le visage est pâle.

T. s. 38°,2. Le pouls est un peu fréquent.

22 novembre. — La malade a passé la nuit sans sommeil et son

état est le même. Interrogée, elle répond qu'elle n'a jamais eu d'attaque d'hystérie, mais qu'elle est d'un tempérament très nerveux et que fréquemment elle est étouffée par une boule qui lui remonte à la gorge.

On lui donne : Musc, 0,02 ; Belladone, 0,01. Trois pilules semblables par jour. T. m. 38°,2. T. s. 38°,8.

23 novembre. — La toux a cessé. T. m. 37°,2. T. s. 38°,6.

27 novembre. — Depuis son entrée, la malade a été constipée. Aujourd'hui, elle a de la diarrhée. La température s'est toujours maintenue entre 37°,4 le matin et 38°,2 le soir.

30 novembre. — La malade a ses règles en avance de huit jours. Elle va mieux, mais ne peut se lever. Encore de la céphalalgie, des vertiges, de la diplopie, mais beaucoup moins de bourdonnements d'oreille. La sensibilité à la pression de la colonne vertébrale, de la région splénique, de la cuisse, n'existe plus.

6 décembre. — La diplopie disparaît.

7 décembre. — La température s'élève brusquement, et cette recrudescence de la fièvre coïncide avec une angine assez douloureuse marquée par de la rougeur de tout le fond de la gorge.

Le 10 décembre. — Quelques vésicules d'herpès apparaissent sur le pilier droit du voile du palais.

Le 12 décembre. — Il n'y a plus de fièvre et le 20, la malade sort absolument guérie.

OBSERVATION XXIII

Phénomènes pseudo-méningitiques dans l'hystérie.

Publiée par Boisard, *France médicale*, 1883.

La nommée R..., domestique, 23 ans, entrée le 8 février 1883 à la Pitié, service de M. Lasègue.

Père et mère morts de tuberculose pulmonaire.

Elle-même s'est toujours enrhumée très facilement. Elle est très nerveuse et a caractère très mobile.

En 1879, angine diphthéritique. En 1880, la malade prend froid dans un voyage en Russie, commencement de congélation, aggravation de la toux, point de côté gauche. En même temps, vomissements de sang ?

En 1881, nouveaux vomissements de sang à trois reprises différentes. En septembre, fièvre typhoïde.

Cette malade prétend qu'elle a des extinctions de voix tous les hivers et se dit mal réglée.

En janvier 1883. — Point de côté gauche, toux fréquente, aphonie, céphalalgie, anorexie. Elle entre à Lariboisière, convalescence au Vésinet, et revient dans notre service.

On constate : toux fréquente, crachats peu abondants, légèrement opaques, quelques-uns striés de sang. Vive douleur épigastrique considérablement augmentée par pression. Pouls normal. Température normale. A l'auscultation, un peu de rudesse respiratoire au niveau de la fosse sous-clavière gauche.

Jours suivants : Douleur épigastrique que rien ne soulage.

8 mars. — Vomissements alimentaires à la moindre ingestion d'aliments.

Glace. Potion de Rivière, eau de seltz, vésicatoire à l'épigastre. Bromure de potassium.

Rien n'arrête les vomissements.

11 mars. — Etat syncopal subit depuis une demi-heure, caractérisé par pâleur, faiblesse extrême du pouls, insensibilité, cornage.

12-13. — Faiblesse extrême, sorte de coma. Vomissements persistent.

14 mars. — Même état. Vomissements encore plus fréquents. T. m. 38. S. 39°, 2.

15 mars. — Les pupilles sont contractées, face pâle, céphalal-

gie atroce. Insomnie absolue. Contracture en extension des membres inférieurs. T. m. 37°, 5. S. 38°.

16 mars. — Céphalalgie a augmenté de violence, la malade pousse de véritable cris hydrencéphaliques. Les pupilles sont très resserrées. Ptosis volontaire pour éviter la lumière. Hypéresthésie générale. Vomissements incoercibles. Délire.

T. 39°, 2.

17. mars. — Légère amélioration du côté de céphalalgie, la malade pousse encore quelques cris, un peu de sommeil, vomissements persistent.

18 mars. — La malade est calme malgré céphalalgie encore violente. A 8 heure du soir délire intense jusqu'à minuit.

19 mars. — Léger délire qui cesse vers midi. Amélioration considérable.

20 mars. — Amélioration continue.

21 mars. — Céphalalgie a augmenté un peu. Vomissements n'ont pas cessé.

22 mars. — Mieux notable.

Puis amélioration arrive franche et rapide. Vomissements cessent. La malade sort de l'hôpital complètement guérie dans le courant d'avril.

OBSERVATION XXIV

Solier. *France médicale*, 1891.

Antécédents héréditaires. — Père tuberculeux, faible d'intelligence. Mère débilité mentale. Tante paternelle, hystérique à grandes attaques, deux sœurs mortes, une de méningite, une autre de mal de Pott.

Antécédents personnels. — Rien. Pas de convulsion dans l'en-

ance. Aucune maladie jusqu'à ce jour. A noter seulement le surmenage physique de la mère pendant la grossesse.

Actuellement. — C'est une petite fille de 5 ans $1/2$, bien constituée physiquement et très intelligente pour son âge. Début de la maladie remonte en décembre 1889. Elle aurait eu peur d'une grosse souris qui aurait traversé la chambre et qui détermine chez elle un tremblement généralisé qui dura plus d'une heure. Le lendemain elle présentait un ictère émotif généralisé assez intense qui dura 3 jours.

A partir de ce moment le sommeil qui était très bon jusqu'alors devint agité. L'enfant se réveillait en sursaut et était prise de terreurs nocturnes. L'appétit diminuait mais il n'y avait pas de modification du caractère.

Le 15 avril 1890. — Elle présenta sa première attaque et depuis cette époque jusqu'en juin où je la vois. Ces attaques se renouvellent en augmentant de fréquence et de durée. Presque tous les jours deux ou trois fois il survient des attaques qui durent de 2 à 2 h. $1/2$.

Elles se reproduisent à heure fixe, particulièrement le soir à 7 heures et l'après-midi à 2 heures. L'enfant sent la crise et en avertit. Sensation de boule. Elle jette alors des cris perçants répétant les mêmes mots pendant toute la crise. Les quatre membres et le cou se raidissent de temps en temps, puis elle retombe dans la résolution et fait l'arc de cercle. Elle n'a ni grands mouvements cliniques, ni attitudes passionnelles.

Elle agite sa tête à droite et à gauche et la rejette en arrière. Pas de morsure de la langue. Pas de miction involontaire, pas d'oubli consécutif, ni hébétude, ni sommeil après l'attaque.

La sensibilité au tact et à la douleur a diminué sur toute la surface du corps mais surtout à gauche. Légère anesthésie pharyngée.

Stigmate irien de Féré (iris droit plus foncé).

Vu le jeune âge il est difficile d'apprécier le degré d'acuité auditive et l'étendue du champ visuel.

Maux de tête fréquents. Elle présente en outre des points douloureux presque capables de déterminer l'attaque d'une part entre les deux épaules, et d'autre part dans la région ovarienne droite dont la pression se termine.

OBSERVATION XXV

Charcot (*Leçons du Mardi*, no 14), 1880.

Accidents hystériques et choréïques ayant simulé la méningite aiguë.

Il s'agit d'un cas où plusieurs médecins des plus distingués avaient été conduits à déclarer qu'une jeune fille de 14 ans était atteinte de méningite et en danger de mort. Il ne s'agissait cependant, et l'avenir le démontrait, que d'hystérie.

Il y a une pseudo-méningite hystérique.

Donc un jour je reçus chez moi une famille véritablement éplorée. Tout le monde pleurait, le mari, la femme, etc. C'était en désespoir de cause qu'on s'adressait à moi. On croyait avoir épuisé les dernières ressources et, de fait, le verdict avait été prononcé, je le répète, par des médecins éminents. J'avais prié mes confrères de la pédiatrie de se rendre en même temps que moi dans la maison. Je ne sais ce qui les a empêchés, mais le fait est qu'ils ne sont pas venus. — Avaient-ils dans l'idée qu'un médecin de la Salpêtrière n'a pas grand chose à dire quand il s'agit de maladies des enfants? — Je me rendis quand même à l'invitation de la famille. J'y trouvai là un confrère très intelligent du reste, et très éclairé, qui me conta l'histoire.

J'entrai dans la chambre de l'enfant. A peine m'eût-elle aperçu qu'elle se mit à exécuter, à l'aide des mains, une série de mouvements rythmés qui me parurent absolument caractéristiques. Les

maines se présentaient tantôt par la paume, tantôt par le dos, frappaient avec une grande rapidité les genoux en cadence.

Oh ! dis-je, voilà une singulière méningite ; c'est peut-être hier, peut-être avant-hier, mais à coup sûr aujourd'hui, c'est l'hystérie qui est en jeu. J'adressai à l'enfant qui, du reste, me paraissait assez éveillée, quelques questions :

— Souffrez-vous de la tête ? — Oui, un peu au cou et sur la tête. Alors je lui mis la main sur le sommet de la tête et j'exerçai un léger frôlement. Il y avait là une espèce de plaque très sensible, ce qui me rappelait ce que nous savons des plaques hystériques. On m'avait dit que la malade avait vu double, qu'elle avait vomi, et ce sont là probablement des symptômes qui ont donné du poids au diagnostic porté ; mais en réalité la diplopie n'a jamais été régulièrement constatée. Mon opinion était faite. Je rentrai dans la pièce où se tenaient les parents et je leur dis : Séchez vos larmes (Ils me regardaient avec une sorte de stupéfaction), à moins que je ne sois absolument aveugle, je vous déclare que votre enfant n'est pas le moins du monde atteinte d'une méningite, en ce moment du moins et, entre nous, je crois bien qu'elle ne l'a jamais été. Trois ou quatre jours après, l'enfant était sur pied, il s'était agi d'un petit orage hystérique. Voici à quoi sert la connaissance de l'hystérie et de la chorée rythmée en particulier.





CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du méningisme n'est pas sans intérêt. D'une part, il faudra distinguer la présence du méningisme ; mais il ne faut pas oublier que, si, sous l'influence d'un état hystérique on peut voir apparaître des troubles pseudo-méningitiques, l'hystérie ne constitue pas un brevet d'immunité contre ces affections. En conséquence il ne suffira pas de rattacher le méningisme à l'hystérie, il faut encore voir quelle en est la cause déterminante :

1° Diagnostic différentiel entre la méningite et l'hystérie.

L'essentiel sera d'abord de rechercher si dans les antécédents du malade, héréditaires ou personnels, on ne trouve pas des phénomènes pouvant expli-

quer les accidents en présence desquels on se trouve. Il faudra donc chercher tous le stigmates de la névrose, et, ce n'est que lorsqu'on aura réuni un nombre suffisant d'éléments que l'on pourra poser le diagnostic d'hystérie.

En second lieu, il faut considérer chacun des phénomènes en eux-mêmes, cherchant leurs caractères propres, étudiant surtout la façon dont ils se groupent, dont ils se réunissent, à quels autres phénomènes morbides ils s'associent en un mot l'évolution surtout décidera du diagnostic.

La pseudo-méningite hystérique procède surtout par soubressauts et par crises dans sa marche. La façon dont s'harmonisent entre eux les différents troubles, l'ensemble des phénomènes concomittants, voilà surtout ce dont il faut tenir compte. Ainsi que le dit si bien le professeur Fabre de Marseille : « On reconnaît souvent une personne à ses allures bien plus qu'à ses traits. Un chasseur reconnaît le pinson aux saccades de son vol ; un médecin peut reconnaître l'hystérie, aux soubressauts de sa marche. La soudaineté de l'invasion qui la distingue des lésions cérébrales, mais il n'en est pas de même de la soudaineté de la disparition ; une contracture hystérique vieille de plusieurs mois peut disparaître en une seconde. »

Et ailleurs le même auteur dit encore : « Pour arriver au diagnostic, il faut non seulement tenir compte de l'existence des symptômes, mais encore en quelque sorte de leur harmonie.

Dans les phlegmasies vraies, tous les signes de réaction sont à un degré à peu près égal d'intensité. Dans les pseudo-phlegmasies hystériques, la réaction sera souvent exagérée en certains points et atténuée sous d'autres rapports.

Il y aura par exemple, avec des douleurs violentes et des vomissements incoercibles, une figure naturelle et un pouls régulier ».

Parmi les autres signes positifs qui nous permettent d'établir le diagnostic d'hystérie, il ne faut pas oublier les signes de l'inversion primaire dont Gilles de la Tourette et Cathelineau ont montré l'existence au cours de l'hystérie. On sait, en effet, qu'à l'état normal, dans l'urine, le rapport entre les phosphates terreux et les phosphates alcalins est comme 1 à 4. Chez l'hystérique en état de mal ce rapport n'existe plus et la quantité des deux phosphates devient égale. L'observation suivante de Chantemesse prend à cet égard une valeur toute particulière, ainsi qu'on va le voir. Ici les accidents méningitiques observés chez une petite malade furent imputés à l'hystérie après qu'on eut d'abord songé à la méningite tuberculeuse, sur la constatation du signe de Gilles de la Tourette et de Cathelineau.

La fièvre aura, on le comprend, une grande importance ; bien que la fièvre hystérique existe, elle est en somme rare, et le méningisme hystérique est apyrétique. Quant aux troubles oculo-pupillaires, ils n'ont qu'une médiocre importance : le strabisme, sous ses différentes formes, le nystagmus, le myo-

sis, la mydriase, sont aussi bien des symptômes hystériques que méningitiques. Il en faut dire autant des convulsions et des paralysies localisées;

2° Diagnostic de l'affection qui a provoqué le méningisme

Ainsi que nous l'avons dit, ce n'est pas tout d'avoir constaté l'existence de l'hystérie, il faut encore savoir si le malade n'est qu'hystérique. L'hystérie, en effet, n'est pas toujours seule en cause; parfois même elle ne s'est encore manifestée par aucun accident, elle est virtuelle en quelque sorte, il y a donc lieu d'établir le diagnostic étiologique des différentes formes cliniques.

A cet égard, au point de vue pratique, la meilleure division est celle qui est fondée sur l'âge des malades. La méningite et le méningisme reconnaissent, en effet, suivant l'âge, une forme clinique différente.

a. — Chez le nouveau-né.

Le méningisme dentaire et le méningisme vermineux, telles sont les deux formes que l'on rencontre le plus habituellement à cet âge.

Les *vers intestinax* trahissent leur présence par des accidents aussi bizarres que variés.

Le malade, en général, ne présente pas de fièvre, la peau a la chaleur normale, la langue est nette, la sensibilité est intacte; par moment, il est vrai, on observe soit du myosis, soit de la mydriase. Souvent

ces deux phénomènes alternent, mais le strabisme est rare, alors qu'il est fréquent au cours de la méningite.

En résumé, l'absence de vomissements, de crises encéphaliques, un état de santé parfait en apparence dans l'intervalle des crises, la présence de l'amaigrissement, parfois le coma, feront penser au méningisme vermineux, et cette idée se changera en certitude, lorsqu'une prise de calomel ou de santonine aura fait disparaître les accidents ou qu'on aura pu constater la présence de vers dans les selles.

Au moment de la *dentition*, on se méfierait du méningisme lorsque, chez un enfant issu de souche névropathique on voit apparaître des accidents cérébraux. « L'examen attentif de la bouche, l'absence de soupirs, l'intensité et en même temps l'irrégularité de la fièvre, la coloration très vive de l'une des joues, la facilité des évacuations par de légers purgatifs, sont les signes différentiels les plus importants » (Rillié et Barthez).

Chez les nouveau-nés, on peut encore voir apparaître les accidents cérébraux, avec vomissements sans effort comme les vomissements cérébraux à la suite des moindres *troubles gastriques*. L'invasion de la plupart des affections aiguës des voies respiratoires peut s'accompagner de troubles cérébraux sympathiques assez intenses. Aussi, est-il de règle d'examiner la gorge du bébé, de l'ausculter, de rechercher sur le corps la présence d'un exanthème avant de conclure à la méningite.

b. — Chez l'adulte.

La pneumonie est une des causes fréquentes de méningisme. Rappelons à cet égard les observations de Bergé, Claisse, Auscher, Hutinel, Berton, Belfanti. D'où le précepte de ne jamais négliger l'examen des organes thoraciques. L'oreille finira par tomber sur une zone plus ou moins étendue d'induration pulmonaire avec les signes classiques. D'autre part, l'invasion brusque de la fièvre, le frisson du début, les caractères si nets de l'expectoration et enfin au besoin la recherche du pneumocoque de Talamon, Franckel dans les crachats compléteront le diagnostic.

La grippe se compliquant de méningisme est parfois d'un diagnostic difficile avec la méningite. La soudaineté de l'invasion, la coïncidence des troubles thoraciques et gastro-intestinaux, enfin surtout au cas d'épidémie grippale, la coïncidence de cas semblables, nous mettront en garde contre le diagnostic prématuré de méningite.

Le méningisme survenant au cours de la *fièvre typhoïde* est souvent fort difficile à différencier d'avec la méningite tuberculeuse.

Picot et d'Espine disent que le doute ne peut subsister plus d'un ou deux jours. Trousseau considérerait que trop souvent encore, le diagnostic entre la dothiéntérie compliquée d'accidents cérébraux et

la méningite est des plus embarrassante. Il attachait la plus grande importance comme signe différentiel à la respiration inégale et irrégulière; car il faisait remarquer que la céphalalgie peut être aussi violente dans la fièvre typhoïde que dans la méningite, les vomissements aussi persistants, que la diarrhée peut faire défaut et être remplacée par une constipation opiniâtre; que l'hypertrophie de la rate, les taches rosées ne se montrent pas toujours; que le ventre peut être creusé en bateau au lieu d'être météorisé; que la raie méningitique se voit dans la dothiènéntérie, que les cris arrachés par la douleur de tête peuvent simuler les cris hydro-encéphaliques.

Mais les recherches thermométriques de Wunderlich et de Griesenger ont apporté un élément précieux dans le problème. Sans doute la loi de Wunderlich ne se réalise pas toujours nettement. Toutefois le schéma caractéristique de la dothiènéntérie dans l'ensemble de sa courbe, avec sa ligne d'oscillations ascendantes et celle d'oscillations descendantes entre lesquelles nous avons le plateau thermique, constant est l'inverse de la courbe de la méningite tuberculeuse. Ici, en effet, nous avons une période d'abaissement de la température entre deux périodes d'élévation thermique. Un autre élément important de diagnostic entre ces deux affections nous est fourni par les caractères du pouls. Tandis que, dans la fièvre typhoïde le pouls marche de pair avec la température, on sait que dans la méningite on peut avoir un pouls ralenti avec une fièvre élevée. En dernier ressort il

nous resterait l'examen du sang de la rate retiré par ponction qui nous permettrait de découvrir la présence du bacille typhique.

Le *méningisme paludéen* se différenciera par les antécédents du malade, et enfin, par l'examen du sang où nous pourrions retrouver les hématozoaires de Laveran et aussi par l'action spécifique de la quinine.

Le *méningisme rhumatismal* est en général si étroitement lié aux manifestations articulaires du rhumatisme aigu que la confusion est rarement possible. On se guidera d'ailleurs sur les antécédents rhumatismaux du malade, sur le mode d'invasion, sur la marche de la température et enfin l'action quasi spécifique du salicylate de soude pourra parfois lever tous les doutes.

Le *méningisme urémique* se distinguera de la méningite vraie par le début le plus souvent brusque. Toutefois le diagnostic peut être difficile et nous avons déjà cité cette observation de Lancereaux où le diagnostic d'urémie ne fut fait que plusieurs jours après l'éclosion des phénomènes cérébraux quant apparut l'anasarque. Les vomissements sont fréquents au cours de l'urémie, mais on a en même temps de la diarrhée. La céphalée urémique est intense, et, comme tous les accidents urémiques elle s'aggrave surtout la nuit.

Il ressort de tout cela que l'examen de l'urine ne doit jamais être négligé en présence de phénomènes cérébraux. Quelquefois aussi la recherche des petits

signes du brighisme décrits par Dieulafoy pourra faire retrouver dans le passé du malade la signature de l'affection et confirmera le diagnostic. Il ne faudra pas non plus négliger d'interroger l'entourage sur les maladies infectieuses antérieures. En particulier on sait que la scarlatine si souvent compliquée de néphrite peut passer presque inaperçue et ne se révéler qu'à la période de desquamation. Ne négligeons donc jamais en présence d'un ensemble de troubles pseudo-méningitiques de rechercher si quelques jours auparavant il n'y a pas eu une angine avec un peu de malaise général, et n'oublions surtout pas d'examiner tout le corps du malade dans l'espoir d'y trouver quelques traces de la desquamation épidermique.

Il ne nous reste plus enfin qu'à parler du diagnostic du *méningisme par intoxication*. Mais ici l'anamnèse, le récit de l'entourage, dissiperont les doutes et établiront facilement le diagnostic.





CHAPITRE V

TRAITEMENT.

Le traitement du méningisme doit être avant tout un traitement étiologique. Ce n'est en effet qu'après avoir établi par une enquête rigoureuse les conditions sous l'influence desquelles s'est développé le méningisme, que l'on peut espérer quelques résultats.

Contre le *méningisme vermineux*, le calomel, la santonine, trouveront leur application.

Dans le *méningisme dentaire*, l'incision des gencives, les applications calmantes sur les gencives atténueront la douleur et bientôt la disparition des symptômes cérébraux s'ensuivra.

Le *méningisme urémique* sera justiciable de la diète lactée, des purgatifs drastiques, de révulsifs sur les reins, au besoin la saignée serait indiquée.

Le traitement du *méningisme typhique, grippal ou pneumonique* ne reconnaît pas d'indications spéciales. Le traitement sera le traitement habituel de l'affection en cause.

Toutefois, rappelons-nous que, dans la pneumonie des alcooliques, il est indiqué de donner de l'alcool en présence de phénomènes cérébraux.

Les *antispasmodiques* pourront être de quelque utilité dans le *méningisme grippal ou typhique*.

Le *rhumatisme cérébral* est traité avec succès par les bains froids. L'action du salicylate de soude ne devra pas non plus être négligée.

Mais ce n'est pas tout d'avoir établi le traitement qui répond à la cause du *méningisme*.

L'histoire du *méningisme* nous a montré que c'était avant tout une manifestation de l'hérédité névropathique de l'hystérie le plus souvent.

Au traitement étiologique devra donc s'ajouter en vue de l'avenir, un *traitement prophylactique*, consistant surtout à éviter le surmenage intellectuel, à surveiller l'éducation physique et morale.





CONCLUSIONS

1° Le terme de méningisme créé par E. Dupré mérite d'être conservé. Il a l'avantage « d'isoler la lésion du symptôme », et d'éveiller ainsi l'idée d'un syndrome méningé susceptible de se rencontrer en dehors de la méningite.

2° Le méningisme apparaît le plus souvent chez des individus prédisposés par leur hérédité névropathique et le plus souvent chez des hystériques. Les causes qui, au cours de l'hystérie, provoquent le méningisme sont d'ordre toxique, réflexe ou infectieux.

3° L'hystérie ne joue pas seulement un rôle prédisposant dans la production du méningisme. En dehors même des causes énoncées, certains accidents hystériques (céphalée, vomissements, constipation, fièvre) peuvent s'associer ensemble de façon à simuler par leur groupement une véritable méningite.

— 91 —
4° Le diagnostic du méningisme comporte donc d'une part, l'analyse rigoureuse des symptômes de la maladie hystérique et d'autre part, la recherche de l'affection qui a pu déterminer l'éclosion du méningisme et enfin l'examen des stigmates hystériques.

5° Bien que le pronostic immédiat du méningisme soit favorable, il ne faut pas oublier qu'il dénote une susceptibilité particulière des couches corticales sous-méningées qui peuvent devenir ainsi un *locus minoris resistentiæ*. Plusieurs atteintes de méningisme peuvent se terminer par une méningite vraie mortelle.

6° Le traitement doit être à la fois étiologique et prophylactique.

Vu : le Président de la thèse.

BROUARDEL.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

Nous nous sommes surtout inspiré dans la rédaction de cette thèse des publications de M. Dupré sur le même sujet, soit dans son article *Méningites* du Manuel de Debove et Achard et dans sa communication au Congrès de médecine interne. Lyon, 1894.

Indépendamment de ces travaux, nous avons consulté les ouvrages suivants :

ADENOT. — Méningites microbiennes (Thèse de Lyon, 1889).

AXENFELD et HUCHARD. — Traité des névroses.

BARDOL. — Symptômes hystériques simulateurs de la méningite (Revue des maladies de l'enfance, juillet 1893).

BEZY. — Méningite et méningisme chez l'enfant (Société de médéc. et de chirur. de Toulouse, 1^{er} février 1894).
(Revue des maladies de l'enfance, 1893, p. 580).

BOUCHUT. — Traité des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance.

BOISSARD. — Traité médic., 1883, 15 fév.

BOULAY. — Des affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche (Thèse de Paris, 1891).
De la fièvre hystérique (Gaz. des hôpitaux, 27 déc. 1890).

BIDON (de Marseille). — Etude clinique de l'action exercée par la grippe de 1889-90 sur le système nerveux (Revue de médecine, août 1890).

A. BERGÉ. — Bulletin de la Société anatomique, 1893, p. 294.

- CHANTEMESSE. — Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte, les formes anormales en particulier (1884).
— Inversion de la formule des phosphates urinaires (Société médicale des hôpitaux, 22 mai 1891).
- CHARCOT. — Accidents choréiques et hystériques ayant simulé la méningite aiguë (Leçons du mardi, n° 14, 1889).
- CADET de GASSICOURT. — Maladies de l'enfance. — Leçons sur la méningite, tome III.
- CLAISSE. — Pseudo-méningite (Presse médicale, 6 janvier 1894).
- COMBY. — La grippe chez les enfants en décembre 1889, janv. 1890 (Société médicale des hôpitaux, fév. 1890).
- DALCHÉ. — Gaz. méd. Paris, 1885.
- DEBOVE. — De la fièvre hystérique (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1885).
- DE BRUN. — Manifestations nerveuses de la grippe (Médecine moderne, 30 octobre, 13 novembre 1890).
- FABRE. — Marseille médical, 1883, p. 513.
- GAUCHER. — Forme méningitique de la grippe (Soc. des méd. des hôpitaux, 14 mars 1890).
- GINTRAC. — Art. méning., Dictionn. Jaccoud.
- GRASSET. — Pneumococcie méningée (Sem. méd., 7 mars 1894).
- HUCHARD. — Gripes. Formes cliniques. Ses rapports d'autres maladies (Rev. gén. de clinique et de thérapeut., 26 décembre 1889, 2 janvier 1890).
— La pseudo-méningite hystérique (Rev. gén. de clinique et thérapeut., n° 31, 1890).
- HUTINEL. — Méningites à pneumocoques. Symptômes méningitiques dans la pneumonie (Sem. médic., 22 juin 1892).
- JUHEL-RENOY. — Forme méningitique de la grippe (Société médicale des hôpitaux, 14 mars 1890).
- LANCEREAUX. — Cliniques. Union médicale, 1887.
- LEGENDRE. — La grippe actuelle chez les enfants (Revue pratique d'obstétr. et d'hyg. de l'enfance, déc. 1889).
- LEBON. — Pseudo-méningites vermineuses (Journal des connaissances médicales, 1835-37; 29 cas. 1 mort).
- LEVÊQUE. — Etude sur la pseudo-méningite grippale chez l'enfant (Thèse de Paris, déc. 1893).

- LEYDEN. — Soc. de méd. intern. de Berlin (6 janvier 1890).
- MACÉ. — Des accidents pseudo-méningitiques chez les hystériques (Thèse de Paris, 1888).
- MENDEL. — Pseudo-méningite tuberculeuse guérie (Berlin, Klin. Woch., 2 avril 1884).
- MESNARD. — Pseudo-méningite chez un garçon de 8 ans (Ann. de polyclin. de Bordeaux, 1^{er} octobre 1892).
- NETTER. — De la méningite due au pneumocoque (avec ou sans pneumonie) (Arch. générales de méd., 1877).
- OLIVIER. — De la fausse méningite tuberculeuse de nature hystérique chez les enfants. — Gaz. méd. de Paris, 26 septembre 1891 ; Congrès de Marseille pour l'avancement des sciences, 17 septembre 1891).
- PITRES. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme (Tome I, p. 199. — Accidents hystériques simulant la méningo-encéphalite chronique).
- RESCH. — Du Méningisme. Th. Paris, 1895.
- REYNAUD. — Pseudo-méningite hystérique avec fièvre simulant une méningite tuberculeuse (Loire médicale, n° 5, 1886).
- REPERÉ. — Thèse Paris 1883.
— Manifestat. hystériques dans le rhumatisme cérébral.
- SEVESTRE. — Forme méningitique de la grippe (Soc. méd. des hôpitaux, 28 mars 1890).
— Un cas de méningite grippale (Rev. des mal. de l'Enfance, Juillet 1893).
- J. SIMON. — Diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse (Gaz. des Hôpitaux, 3 novembre 1887 et Sem. médicale, 1^{er} juin 1887).
- SOLLIERS. — France médicale, 1891.
— Pneumonie et méningite (méd. mod., 19 décembre 1894)
- SOUQUES. — Syndrômes hystériques simulant les maladies organiques du névraxe (Thèse de Paris, 1891).
- TALAMON. — La grippe et les microbes (Méd. moderne, 6 fév. 1890).
- TRASTOUR. — Formes nerveuses de la grippe (Thèse de Paris, 1893).
- TRAITÉ DE MÉDECINE. — (Charcot et Bouchard).
- TUJA. — Un cas de pseudo-méningite hystérique (Province méd., 26 nov. 1892).
- VIREY. — Formes cérébrales de la grippe (Thèse de Paris 1893).

